2395 SACRAMENTO ST.
SAN FRANCISCO 15, CALIF.

Aus der evangelischen Heil- und Pflege-Anstalt zu Waldbröl.

Ein Beitrag zur Lehre vom „zirkulären Irresein".

Inaugural-Dissertation

bei der

Meldung zum Doktorexamen

der

hohen medizinischen Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn.

Vorgelegt am

17. Dezember 1902

von

Theodor Reinige
aus Leipzig,
appr. Arzt

EXCHANGE BUREAU
OF THE
UNIVERSITY OF PENNSYLVANIA.

Bonn.
Buch- u. Steindruckerei Jos. Bach Wwe.
1902.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152003_0081

Unter zirkulärem Irresein versteht man jene so überaus häufige Form von Geistesstörung, welche ein alternierendes, cyklisches Auftreten von melancholischen und manischen Zustandsbildern zeigt. Wir rechnen das zirkuläre Irresein zu der grossen Gruppe der periodischen Psychosen, als deren Charakteristikum neben der mehrfachen Wiederholung im Leben eine Entstehung ohne nachweisbare äussere Ursache gilt. Es handelt sich also um eine Geistesstörung auf dem Boden einer krankhaften Veranlagung, eine konstitutionelle Geistesstörung (Kraepelin), und zwar eine Psychoneurose (Scholz).

Damit ist zugleich gesagt, dass es eine Erkrankung ist, deren Erscheinungsformen, deren Symptome uns wohl bekannt sind, deren eigentliches Wesen und eigentliche Ursache jedoch für uns heute noch in völliges Dunkel gehüllt sind. — Das zirkuläre Irresein in seiner typischen Gestalt besteht aus drei Phasen:

1. der Depressionsphase,
2. einer freien Zwischenzeit,
3. der Exaltationsphase.

Die freie Zwischenzeit kann fehlen, sodass sich Exaltationsphase und Depressionsphase unmittelbar aneinander anschliessen (folie á double forme-Baillarger; folie circulaire falret).

Es hat jener häufig so plötzliche und jähe Wechsel dieser gegensätzlichen Zustände für uns etwas absolut rätselhaftes, und es sind zu seiner Erklärung verschiedene Hypothesen aufgestellt worden.

So sucht Meynert eine Erklärung in einem regelmässig wiederkehrenden funktionellen Gegensatz

zwischen Erregung des Vorderhirns und des Gefässzentrums (Scholz). Die Ursache der depressiven Stimmung soll eine gesteigerte Reizbarkeit des vasomotorischen Zentrums sein, in deren Folge sich ein verstärkter Spannungszustand im gesamten Arteriengebiet mit gleichzeitiger Gehirnanaemie entwickelt. Auf diese Weise wiederum entstehe eine mangelhafte Ernährung des Gefässzentrums und damit eine Lähmung desselben, Erweiterung der Gefässe und Hyperaemie des Gehirns, deren Resultat die manische Erregung sei (Kraepelin).

In der That entsprechen entgegengesetzten Paropysmen des zirkulären Irreseins einander konträre Pulsbilder. So beobachtete Schäfer auf Grund sphygmographischer Untersuchungen in den melancholischen und manischen Perioden entgegengesetzte Spannungszustände der Arterien. In demselben Falle beobachtete er im Verlauf der manischen Perioden ein Auftreten von Asthma und Herpes, Erscheinungen, welche auf veränderte Zirkulationsverhältnisse zurückgeführt werden. (Centralblatt f. Nervenheilkunde, 1891, pag. 174.) Die Richtigkeit und richtige Deutung dieser Beobachtungen vorausgesetzt, würden sie wohl als Stützen der Meynert'schen Theorie herangezogen werden können.

Neben den eben erwähnten Zirkulationsstörungen sind Umwälzungen im Bereiche der Stoffwechselvorgänge zur Erklärung des zirkulären Irreseins angeführt worden. Schäfer (Centralblatt für Nervenheilkunde, 1897, pag. 318) beschreibt die Veränderungen in der täglich ausgeschiedenen Urinmenge. In der Exaltationsphase: Steigerung der 24stündigen Harnmenge (bis zu 6000 ccm), mit sehr niedrigem spezifischen Gewicht (bis 1001); in der Depression: Sinken der Harnmenge (bis zu 300), mit sehr hohem spezifischen Gewicht (bis 1031). Die

Eiweissumsetzung ist nach S. in beiden Phasen dieselbe, nur die Stickstoffwerte der ausgeschiedenen Alloxurkörper zeigen ein auffallendes Verhalten. Während nämlich das Verhältnis dieses Stickstoffes zur Gesamtstickstoffmenge immer gleich bleibt, sind in der Exaltation die Stickstoff-Werte der Alloxurkörper grösser als in der Depression, obgleich der Gesamtstickstoff keine Steigerung erfährt. In der Exaltation werden demnach verhältnismässig mehr Alloxurkörper ausgeschieden, und da der Stickstoff dieser Körper nach Kossel aus Nukleinkörpern stammt, so muss während der Exaltation eine Zerstörung von Körpergewebe stattfinden.

Von einer bedeutenden Vermehrung der Urinmenge im Erregungsstadium und einer Verminderung in der Depression berichten auch andere (Guérin et Henri Aime, Neurolog. Centralblatt, 1900, pag. 180).

Hier finden wir noch eine Angabe über eine gleichzeitige Vermehrung des Kalk- und Magnesiagehaltes des Urins während der Erregung, in der Zeit der Depression dagegen über eine gleichzeitige Verminderung der Ausscheidung von Harnstoff, Phosphorsäure und Magnesia bei nur geringer Steigerung des Kalkgehaltes gegenüber der Norm.

Ein anderer Beweis für Veränderungen in den Stoffwechselvorgängen während der einzelnen Phasen des zirkulären Irreseins wird durch die Schwankungen des Köpergewichtes erbracht.

Die Angaben in der Litteratur über diesen Punkt sind zum Teil recht widersprechende. Esquirol, Guislain und Nasse fanden sowohl in der Manie, als auch in der Melancholie einen Verlust an Körpergewicht, welcher sich während der Rekonvaleszenz wieder ausglich. Baillarger und später Stiff (1872) beo-

bachteten bei dem Uebergang aus dem Stadium der Exaltation in das der Depression ein Sinken, und umgekehrt bei dem Uebergang aus dem Stadium der Depression in das der Exaltation ein Steigen des Körpergewichtes. Den höchsten Standpunkt erreichte es auf dem Höhepunkt der manischen Erregung, den tiefsten auf dem tiefsten Stande der Depression. Ludwig Meyer (1874) und Kelp (1876) bestätigen diesen Befund. — Dagegen fand Ripping eine Abnahme des Gewichtes in der Agitation, und eine Zunahme in der Depression.

Endlich konstatierten Dittmar (1877) und Karres (1881) keine bestimmten Wechselbeziehungen zwischen Veränderungen des Körpergewichtes und den einzelnen Phasen der Geistesstörung.

Aus den Untersuchungen von Stark (1888) ergiebt sich für die reinen periodischen Psychosen ein Anstieg in der Manie und ein Abfall in der Melancholie; für die zirkulären Formen dagegen kein definitiver Schluss: In 2 aufgeführten Fällen ist ein Anstieg in der Exaltation und ein Abfall in der Depression beschrieben; in 2 Fällen ein Abfall in der Exaltation und ein Anstieg in der Depression; schliesslich in 2 Fällen ein Abfall des Körpergewichtes sowohl in der Exaltation, als auch in der Depression. Aus diesen angeführten Beobachtungen ergiebt sich, dass Wechselbeziehungen zwischen Körpergewicht und psychischer Alienation wohl bestehen, dass sie jedoch keineswegs konstant sind. Die grösste Berechtigung hat wohl die Meynert'sche Theorie, welche als Causalmoment einen Wechsel zwischen Hirn-Hyperaemie und Hirn-Anaemie annimmt, die Veränderungen der Stoffwechselvorgänge dagegen als sekundäre Erscheinungen auffasst, die mit der Entstehung der Erkrankung nichts zu schaffen haben. Indessen

bleibt auch bei der Meynert'schen Theorie noch die Frage bestehen: Wie kommt dieser Wechsel zu Stande, wodurch wird er hervorgerufen, welches sind die ihn bedingenden, auslösenden Momente? Denn jene plötzliche Veränderung der Zirkulationsverhältnisse kann doch nicht das primäre sein; auch sie kann vielmehr nur die Erscheinungsform eines zentralen Krankheitsherdes sein.

Somit lässt auch die Meynert'sche Theorie die Grundfrage noch offen.

Dass wir nach diesen Ausführungen auch die andern Hypothesen, welche Veränderungen in den Stoffwechselvorgängen als Ursachen des zirkulären Irreseins anführen, als Causal-Momente von der Hand weisen, ist wohl selbstverständlich. Wir fassen diese letzteren sogar nicht einmal als begleitende Symptome der zirkulären Psychose, sondern als deren Folge auf.

Den Beweis für die Richtigkeit dieser Behauptung giebt uns die Physiologie: Im arbeitenden Organismus ist der Gesamtstoffwechsel erhöht, gegenüber dem im ruhenden. So giebt sich der vermehrte Stoffwechsel des thätigen Muskels durch den bei der Arbeit gesteigerten Blutgehalt und die regere Zirkulation, durch eine erhöhte Sauerstoffaufnahme und Kohlensäureabgabe kund. Der arbeitende Mensch nimmt mehr Nahrung auf und scheidet infolgedessen eine grössere Summe einzelner Substanzen aus, wie der ruhende, körperlich oder geistig ruhende; denn auch bei dem geistig arbeitenden Menschen ist eine Erhöhung des Gesamtstoffwechsels nachgewiesen. Und der manische Kranke mit seiner fortwährenden motorischen und psychischen Erregung, seinem Schaffensdrang, seiner ewigen Unruhe, seinem unausgesetzt beschäftigten Gehirn muss doch zweifellos als ein arbeitender Organismus angesehen werden; und mit demselben Rechte

der stuporöse Melancholiker mit seiner psychischen Depression, seiner körperlichen und geistigen Unfähigkeit als ein ruhender. Bei dem ersten ist also eine Steigerung, bei dem letzteren eine Herabsetzung aller leiblichen Bedürfnisse eine reine physiologische Folge des körperlichen und geistigen Zustandes.

Aber auch ganz abgesehen von dieser einfachen Betrachtung erhält unsere Zurückweisung der Annahme, dass Stoffwechselveränderungen primäre ätiologische Momente seien, einen weiteren Rückhalt an den Beobachtungen über die Schwankungen des Körpergewichtes. Die einen konstatieren während der Melancholie ein Sinken, während der Manie ein Steigen, die andern während der Melancholie ein Steigen und während der Manie ein Sinken des Körpergewichtes, wieder andere ein Sinken in beiden Phasen.

Also absolut keine konstanten Verhältnisse, die zu irgend welchen Schlüssen in ursächlicher Hinsicht berechtigen.

Der pathologisch-anatomische Befund ist in den meisten Fällen negativ. In der Litteratur finde ich einen, der positiv ausgefallen ist; wenigstens finden sich pathologische Veränderungen des Gehirns, deren Deutung jedoch als charakteristisch für das zirkuläre Irresein wegen des Mangels anderer bestätigender Befunde wohl nicht zulässig ist. Es berichtet nämlich Wollerner (Zeitschrift für Psychiatrie 44, pag. 209*) über das Ergebnis einer Autopsie: Hyperostosis Oranii, auffallende Differenz in der Entwickelung der Hämisphären des Grosshirns, des pons, der Pyramiden und des Kleinhirns, welche links überall erheblich umfangreicher waren. Mikroskopisch fanden sich in der Rinde zahlreiche

Stellen verdichteten Hirngewebes, dessen Zellen vermehrt waren.

Ob dieser Befund ein zufälliger war, oder ob ihm eine Wichtigkeit für die zirkulären Psychosen beizumessen ist, ist, wie schon erwähnt, noch nicht zu entscheiden.

Eine grosse Rolle bei der Aetiologie spielen Heredität und individuelle Disposition. Erbliche Belastung konnte Kraepelin in etwa 80 seiner Fälle nachweisen, „vielfach auch zirkuläres oder periodisches Irresein bei anderen Familiengliedern". (Kraepelin, Psychiatrie, 5. Auflage, p. 642). Auch Karrer (Zeitschrift für Psychiatrie 37, p. 697) ist auf Grund von Beobachtungen in der Erlanger Anstalt der Ansicht, das das zirkuläre Irresein vornehmlich auf erblichem Boden sich entwickelt. Er fand jedoch in keinem Falle direkte Erblichkeit, sondern entweder indirekte, als Erkrankung der Seitenverwandten der Eltern (bei 4), oder Familienanlage, die sich als Erkrankung der Geschwister äusserte (in 2 Fällen).

Individuelle Disposition als erbliche Anlage wies Karrer bei 6 Patienten von 10 nach.

Das weibliche Geschlecht scheint zu dieser Krankheitsform bedeutend disponierter zu sein, als das männliche. Krafft-Ebing fand in der Litteratur unter 48 Fällen 28 Weiber und 20 Männer, in eigener Beobachtung unter 24 Fällen 16 Weiber und 8 Männer. Von den 10 Kranken Karrers waren 6 weiblichen und 4 männlichen Geschlechts. Ueber äussere Anlässe zur Entwickelung des zirkulären Irreseins liegen nur wenige Beobachtungen vor, wenngleich der Kranke und besonders seine Umgebung zur Erklärung häufig äussere Zufälle heranziehen. Andererseits ist es wohl auch nicht zufällig, dass sich die Krankheit meist in den Entwicke-

lungsjahren, namentlich zur Zeit der Pubertät, also vom 15. bis 25. Lebensjahre, und in den Rückbildungsjahren, der Zeit der Ceimaiteriums, also um die Zeit des 45. Lebensjahres, einstellt, Zeiten, in denen im Körper mächtige, den ganzen Organismus in Mitleidenschaft ziehende Umwälzungen vor sich gehen. Beim weiblichen Geschlecht hat man namentlich das erste Auftreten der Menses verantwortlich gemacht. Kraepelin beobachtete 3 erste Anfälle im Anschluss an Geburten, die folgenden jedoch ohne diesen Anlass.

Ball schreibt von einem unbelasteten Manne, bei dem das Leiden im Anschluss an ein Trauma capitis entstand. Der Verlauf des zirkulären Irreseins ist, wie schon oben erwähnt wurde, durch das sich öfter wiederholende, abwechselnde Auftreten von Exaltation und Depression charakterisiert.

Die Exaltationsphase verläuft meist, wenigstens in den typischen Fällen, unter dem klinischen Bilde einer reinen Manie, als deren Charakteristika gewöhnlich erhöhtes Selbstgefühl, Ideensucht und Bewegungsdrang genannt werden. Die Stimmung des Kranken ist eine freudige, gehobene, hervorgerufen durch ein Gefühl erhöhten Schaffens, Freudigkeit und Leistungsfähigkeit. Der ganze Himmel hängt dem Manischen voller Geigen. Alles, was er will, vermeint er auch vollbringen zu können. Ueberall sieht er nur die guten Seiten. Er kümmert sich um alles und jedes, was ihm vor Augen kommt, er ist zu allerhand Spässen und Scherzen aufgelegt, kurz, er ist die verkörperte Glückseligkeit und Leichtlebigkeit. Er fasst alles rasch und sicher auf, urteilt sofort und zieht schnell seine Schlüsse. Nur schwer lässt er sich bei einem Gegenstand, auch nur eine kurze Zeit, fixieren, fortwährend geht er allen Gedanken, die

in raschester Aufeinanderfolge und ohne allen Zusammenhang sein aufgeregtes, angestrengtes Gehirn durchstürmen, nach. Dieser inneren Aufregung und angestrengten Geistesthätigkeit entspricht auch sein ganzes äusseres Auftreten. Lebhafte, blitzende Augen, lebhaftestes, ununterbrochenes Spiel der Gesichtsmuskeln, fortwährendes lautes Schwatzen, Lachen, Brüllen, Singen, stetes Gestikulieren mit Händen und Armen, eiliges, geschäftiges Hin- und Herlaufen, Tanzen, geben Zeugnis von der inneren Unruhe, von der Spannung, in der sich Geist und Muskulatur befinden, die sich in regste Thätigkeit umsetzen muss, um gelöst zu werden.

In schroffstem Gegensatze zu diesem mechanischen Zustandsbilde steht das melancholische. Dem krankhaft erhöhten Selbstgefühl und der abnormen Leichtigkeit des Vonstattengehens aller psychischen Vorgänge auf jener Seite, stehen hier ein schmerzlich niedergedrücktes Selbstgefühl und eine Verlangsamung, Hemmung aller psychischen Vorgänge gegenüber. Der Melancholiker sieht alles grau in grau. Für ihn giebt es keine Freude mehr auf dieser Welt. Resigniert und hoffnungslos sieht er überall nur die Schattenseiten. Sein ganzes Leben, Vergangenheit wie Zukunft, erscheint ihm verpfuscht, er hat sich an Gott und Menschheit schwer versündigt, und nur mit dem Tode kann er all sein Unrecht büssen. Gleichgültig und teilnahmlos, mit tieftraurigem, ernsten Gesichtsausdruck, als eine Folge seiner vermeintlichen Verworfenheit und des Bewusstseins seiner gänzlichen Leistungsunfähigkeit sitzt er herum oder liegt am liebsten zu Bett, und kann sich von seinen traurigen Gedanken nicht frei machen, kann sich zu keiner Beschäftigung aufraffen. Seine ganze Willensthätigkeit liegt schwer danieder. Energielos, müde und matt, lebt er in den

Tag hinein, und denkt sich durch seine fortwährenden Grübeleien über seine eigene und der ganzen Welt Schlechtigkeit immer tiefer in die Traurigkeit hinein. Nicht selten legt er, verzweifelnd an Gott und Menschen, und an allem, was ihm bisher lieb und teuer war, in diesem Stadium der tiefsten Traurigkeit Hand an sich selbst, um auf diese Weise dem ganzen unerträglichen Erdenjammer zu entfliehen.

Zwischen diese beiden einander entgegengesetzten Zustandsbilder schiebt sich in den gewöhnlichen klassischen Fällen das sog. lucide Intervall, d. h. ein Zeitraum, in dem der Kranke weder manisch noch melancholisch, vielmehr als auf einer Stufe zwischen beiden stehend, zur Norm zurückgekehrt erscheint. Die Dauer dieses Zeitraumes ist ebenso, wie die Dauer der Paroxysmen selbst, ausserordentlich verschieden. Die Dauer der Paroxysmen der in der Litteratur beschriebenen Fälle schwankt zwischen Tagen, Wochen und Monaten, desgl. die Dauer des luciden Intervalles. Es trennt dieses bisweilen einige wenige kurz dauernde Paroxysmen, macht somit den grössten Teil des Lebens aus, bisweilen dagegen viele und lange, bisweilen endlich wird es gleich Null, nämlich in jenen unglücklichen Fällen, in denen sich eine Phase der Krankheit unmittelbar durch jähesten Wechsel an die andere anschliesst. Das Leben dieser Unglücklichen ist ein dauernder Wechsel zwischen manischer Erregung und melancholischer Depression. So fehlt in dem einen der gleich näher zu betrachtenden Fälle das lucide Intervall vollständig. Fortwährend findet ein Wechsel zwischen tiefster Depression und höchster Manie statt. Die Paroxysmen selbst halten in diesem Falle bisweilen nur wenige Stunden an.

Der Wert dieses luciden Intervalles ist von den verschiedenen Autoren in sehr verschiedener Weise beurteilt worden. Nach den einen ist der an zirkulärem Irresein Leidende in der freien Zwischenzeit wirklich frei, d. h. geistig gesund, nach den anderen bleibt er in diesem Stadium geisteskrank. Nach letzteren bildet somit das lucide Intervall einen integrierenden Bestandteil der ganzen, aus drei Krankheitsphasen sich zusammensetzenden Psychose, während diese nach ersteren nur aus zwei Phasen besteht, zwischen die sich eine geistig gesunde Zwischenzeit schiebt. (Wichtig für die Beurteilung ev. Strafthaten.) Neben diesen oben geschilderten reinen Bildern der Manie, resp. der Melancholie, giebt es bisweilen noch recht verwischte, durch verschiedene Umstände komplizierte. So machte Weygandt auf der 29. Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte am 26. und 27. November 1898 in Heidelberg auf neue Beobachtungen aufmerksam und fasste die denselben zu Grunde liegenden Fälle zu neuen klinischen Bildern zusammen. Er nannte sie die Mischzustände im zirkulären Irresein, und entwarf, sie aufbauend auf den verschiedenen Möglichkeiten von Kombinationen der drei wesentlichen, im Verlauf der zirkulären Psychose hervortretenden Symptomengegensätze:

1. Affekt: a) gehobene Stimmung — b) Depression,
2. Psychomotilität: a) Erregung — b) Stupor,
3. Denkprozess: a) Ideenflucht — b) Denkhemmung.

So entstehen durch Kombination von I) 1a und 2b: der manische Stupor, d. h. eine Mischung von gehobener manischer Stimmung mit stuporosem Verhalten auf psychomotorischem Gebiet, Hemmung und Mutazismus, oft — durch Hinzutritt von 3b — Denkhemmung; II) 1b und 2a die agitierte Depression, in der sich die

depressive Stimmung mit psychomotorischer Erregung, Rededrang, Ablenkbarkeit und meist auch — durch Hinzutritt von 3a — Ideenflucht verbindet; III) 1a und 2a und 3b die unproduktive Manie, in der der Affekt und das psychomotorische Verhalten der gewöhnlichen Manie entsprechen, während die Kranken doch den Eindruck der Eintönigkeit, Vorstellungsarmut, und geradezu der Demenz machen, was auf dem Ersatze der Ideenflucht durch das ihr entgegengesetzte Symptom der Denkhemmung beruht.

Durch die verschiedene Intensität und Qualität der einzelnen Symptome, durch das Prävalieren des einen vor dem andern wird eine noch buntere Mannigfaltigkeit geschaffen. Derartige Anfälle mit Mischcharakter im Verlaufe des zirkulären Irreseins sind keineswegs selten. Unter 150 Fällen in der Heidelberger Klinik wurden 32 (also über 20 %) mit einem oder mehreren Anfällen von Mischcharakter beobachtet (davon 11 mit manischem Stupor, 12 mit agitierter Depression und 9 mit unproduktiver Manie).

Neben diesen Mischzuständen sind es Wahnideen, und zwar bisweilen ausgesprochene paranoische Wahnideen, die den Verlauf des zirkulären Irreseins komplizierter gestalten.

Schon einfache Wahnideen, Sinnestäuschungen, wie sie jedem Epileptiker, Hysteriker, Hypochonder, Paralytiker eigen sein können, sind im Stande, das reine Bild des zirkulären Irreseins zu verwischen. Derartige Fälle sind nicht selten und bereits des öfteren beschrieben worden. Selten ist jedoch das Auftreten echter paranoischer Wahnvorstellungen im Verlauf der Psychose.

Bei solchen Fällen steht im Vordergrunde aller Erscheinungen die zirkuläre Psychose; sie beherrscht

das ganze Krankheitsbild. Bei längerer Beobachtung jedoch bemerkt man eine regelmässige Wiederkehr einer und derselben Wahnidee, resp. eines und desselben Wahnideenkreises zugleich mit dem Einsetzen des einen oder anderen Paroxismus, und eine Verwertung dieser Wahnidee zum Aufbau eines Systems, d. h. man beobachtet neben dem echten zirkulären Irresein eine echte Paranoia. In der Litteratur sind derartige Fälle einer Kombination von zirkulärem Irresein mit einer echten Paranoia nur vereinzelt, und ihre Deutung ist zum Gegenstand langer Kontroversen gemacht worden, indem die einen von einer periodischen, resp. zirkulären Paranoia nichts wissen wollen, während die anderen die Richtigkeit dieses Begriffes befürworten und verteidigen.

Mendel unterscheidet in der Gruppe der periodischen Psychosen folgende Formen:

1. Die Mania periodica,
2. Die Melancholia periodica,
3. Das Delirium hallucinatorium periodicum,

und fügt als vierte Form die Paranoia periodica hinzu, einen Begriff, den er durch verschiedene Krankengeschichten illustriert.

Bei einigen der daselbst angeführten Fälle handelt es sich um eine reine periodische Paranoia, d. h. eine Paranoia, die ohne jede Affektstörung (Manie, Melancholie) verlief und sich lediglich durch Verfolgungs- resp. Grössenideen charakterisierte.

M. geht dann noch einen Schritt weiter. Er berichtet von einer Kranken, „bei welcher im Verlauf einer Form mit bestimmtem Charakter (wie z. B. im Verlauf der periodischen Melancholie) Anfälle auftreten, die nicht mehr das Bild der Melancholie, sondern das der Manie oder Paranoia bieten".

Die daselbst genannte Patientin erkrankte mit 51 Jahren an Melancholie und machte während der nächsten 8 Jahre regelmässig jährlich einen derartigen Anfall durch. Auf den neunten Anfall folgte eine Manie, auf diese wiederum eine Melancholie, und den 12. Fall bildete eine mässige Manie, die sich mit einer Paronoia mit Verfolgungs- und Grössenideen komplizierte. Mit dem Abklingen dieser manischen Phase traten zugleich die paranoischen Ideen zurück, so dass die Kranke nach einer Krankheitsdauer von 5 Wochen als geheilt entlassen wurde.

Die während 9 Jahren bestehende periodische Psychose (Melancholie) ging also in die zirkuläre Form über, deren manische Phase sich mit einer Paranoia verband.

Diesen Beobachtungen ganz analoge veröffentlicht Bleuler in seiner Abhandlung über den periodischen Wahnsinn.

Er versteht unter poriodischem Wahnsinn (Vesania) ein Krankheitsbild, welches charakterisiert ist durch Störungen auf intellektuellem Gebiet und Zurücktreten oder Fehlen von Anomalien des Gemütes.

B. stellt diesen Wahnsinn in Gegensatz zu dem manisch-depressiven Irresein, jedoch giebt er die Möglichkeit einer Mischung dieser beiden Krankheitsbilder zu. So kommt er zu seinem „melancholischen und manischen Wahnsinn". Auch er erläutert seine Ausführungen durch verschiedene Beispiele und gelangt zu folgendem Resumé: „Es giebt halluzinatorische und paranoide Wahnsinnsformen, die Einzelanfälle des manisch-depressiven Irreseins darstellen und gleichwertig sind den manischen oder melancholischen Anfällen dieser Krankheit. Die paranoiden Formen können manchmal eine

chronische Verrücktheit vortäuschen. Ihre Zugehörigkeit zum manisch-depressiven Irresein wird bewiesen durch den dieser Krankheit eigentümlichen Verlauf, den Mangel an Intelligenzstörung in den Intermissionen, die Mischung mit mechanisch-depressiven Symptomen, die Mischung von manischen, resp. depressiven Anfällen mit den vesanischen bei dem gleichen Kranken, und wohl auch durch die gleichartige Heredität."

Mit der Aufstellung des Begriffes einer periodischen Paranoia haben sich beide Autoren bereits weit von dem alten Schulbegriff der Paranoia entfernt, nach welchem als „wesentlichste Merkmale grundsätzliche Unheilbarkeit und dauerndes Fortbestehen der einmal auftretenden Wahnbildungen gelten".

Noch einen Schritt weiter geht Ziehen, indem er auf Grund derartiger Krankheitsbilder seine Lehre von der akuten halluzinatorischen Paranoia und der zirkulären Paranoia entwirft.

Ziehen unterscheidet bei der von ihm mit dem Namen einer „akuten halluzinatorischen Paranoia" belegten wohl charakterisierten Form von Geistesstörung folgende Varietäten, die, nach Art der Mischzustände Weygandts, durch die Kombination verschiedener Assoziations- und Affektstörungen entstehen:

1. Die ideenflüchtige Form: mit dauernder primärer Ideenflucht (Assoziationsbeschleunigung),
2. die stuporöse Form: mit dauernder primärer Denkhemmung (Assoziationsverlangsamung),
3. die inkohärente Form: mit dauernder primärer Inkohärenz (Dissoziation),
4. die exaltierte Form: mit dauernder primärer heiterer Verstimmung,

5. die depressive Form: mit dauernder primärer trauriger Verstimmung.

Die dauernde primäre heitere Verstimmung verbindet sich fast stets mit Assoziationsbeschleunigung, die dauernde primäre traurige Verstimmung ebenso mit Assoziationsverlangsamung.

Tritt nun diese ideenflüchtige Form mit der stuporösen, resp. der depressiven (welch letztere nur eine niedrigere Stufe der ersten darstellt) zu einem Zirkel zusammen, und wiederholt sich dieser Zirkel in Intervallen regelmässig wieder, so resultiert eben jene Form des zirkulären Irreseins, welcher Ziehen den Namen zirkuläre Paranoia beigelegt hat.

In der Litteratur sind derartige Fälle einer Kombination von zirkulärem Irresein mit einer echten Paranoia zirkuläre nur sehr vereinzelt.

So berichtet z. B. Bechterew von einer 48jährigen Frau, welche dreimal unter den Erscheinungen einer mässigen Manie (motorische Erregung, Reizbarkeit, schlechter Schlaf etc.) erkrankte. Die Anfälle begannen jedesmal unvermittelt und ohne äusseren Anlass. Dabei äusserte die Kranke jedesmal „Grössen- und Verfolgungsideen, die systematische Verarbeitung erkennen liessen.“ Es handelte sich also um eine periodische Manie, welche vergesellschaftet mit einer Paranoia, das Bild der periodischen akuten Paranoia ergab.

Pick schreibt in einem Aufsatz: „Ueber Aenderungen des zirkulären Irreseins“, dass es seinen Charakter insofern geändert habe, als in der manischen Phase neben den typischen Symptomen oft paranoische Züge (Beachtungswahn, systematisierte Verfolgungsideen bei klarem Bewusstsein) auftreten. Er nimmt an, dass die zirkuläre Paranoia Ziehen's eine derartig veränderte Form des

zirkulären Irreseins darstellt, wobei die depressive Phase mehr zurücktritt, und die manische Phase paranoische Beimengungen zeigt.

Wegen der Menge des Interessanten, was derartige Formen bieten, erscheint es wohl gerechtfertigt, einige in dieser Richtung verlaufene Fälle, welche in der ev. Heil- und Pflegeanstalt zu Waldbröl zur Beobachtung kamen, zu veröffentlichen und dadurch einen weiteren Beitrag zur Lehre vom zirkulären Irresein zu liefern. Nach diesen einleitenden Sätzen mag die Mitteilung der Krankengeschichten folgen:

I. R. Louise, Dienstmagd, geboren 15./XII. 1872.

Anamnese: Vater gesund. Mutter starb im Alter von 40 Jahren an Auszehrung. Geisteskrankheit ist in der Familie nicht vorgekommen. Patientin litt als Kind an Krämpfen, über deren Natur nichts Sicheres bekannt ist. Sie wuchs in der Familie auf. Lernte spät gehen. Die Volksschule besuchte sie mit gutem Erfolge. War gutmütig und still. Menstruation trat im Alter von 15 Jahren ein, war angeblich unregelmässig, jedoch ohne Einfluss auf das Gemütsleben der Kranken.

Weihnachten 1897, also 4 Monate vor Ausbruch der Krankheit, war sie verlobt. Der Bräutigam verliess sie jedoch. Sie meint, selbst die Schuld daran zu tragen, da sie ihm immer gesagt habe, mit der Hochzeit noch warten zu müssen. Damit sei es ihr jedoch nicht Ernst gewesen, sie hätte ihn doch gerne genommen.

Mitte Mai 1898 wurde sie allmählich trübsinnig. Sie selbst behauptet, schon längst trübsinnig gewesen zu sein, die Leute hätten es aber nur nicht bemerkt und sie laufen lassen. Die ersten Anzeichen von Melancholie wurden von den Angehörigen bei Gelegenheit einer Erkrankung der jüngeren Schwester der Patientin bemerkt:

Sie behauptete, an der Krankheit, überhaupt an allem Unglück Schuld zu sein. Sie habe nichts zu essen, wüsste nun nicht, was sie anfangen sollte. Alles habe sie falsch gemacht. Zugleich treten Selbstmordideen auf: Was hat da Louise geschrieen (ein ihr befreundetes Dienstmädchen), als ich mich aufhängen wollte, ich sagte ihr, sie brauche doch nicht um mich zu schreien, ich wollte mich ja aufhängen, aber ich konnte nicht, ich kann überhaupt nichts mehr. Alle Leute, meinte sie, seien gegen sie, wollten sie nicht haben: kein Mensch wolle ihr etwas gönnen, alle Menschen seien eigensinnig gegen sie, selbst ihr Vater wolle nichts mehr von ihr wissen.

Sie wurde darauf nach einer Behandlung vom 9./VI.—9./IX. 98 im Krankenhause zu Waldbröl der Provinzialirrenanstalt zu Bonn zugeführt.

Hier lag sie im Anfang still zu Bett, sprach wenig und langsam, war sehr gehemmt. Bald begann sie über Schlaflosigkeit und Magenschmerzen zu klagen und schlecht zu essen. Weinte viel. Anfang 99 wurde sie regsamer, sprach mehr, ass besser und nahm körperlich zu. Später plapperte sie den ganzen Tag vor sich hin, meist recht albern. Ihre wirren Reden begleitete sie mit den sonderbarsten Gestikulationen der Hände. Die Erregung nahm allmählich zu; Pat. wurde laut und schwatzte unaufhörlich. Sie lief, immer dieselben Redensarten wiederholend, im Saal auf und ab. An eine Beschäftigung war nicht zu denken. Aus ihren ununterbrochenen Reden und Drapierungen war nur zu entnehmen, dass sie glaubte, Diakonissin zu sein und einen der Aerzte zum Bräutigam zu haben. Stets war sie sauber und reinlich.

Am 7./XII. 1899 wurde sie der ev. Heil- und Pflegeanstalt zu Waldbröl überwiesen. Sie bot bei der Aufnahme folgenden Befund:

Status: Ziemlich grosses, gutgenährtes Mädchen von gesunder Gesichtsfarbe. Fettpolster gering, Muskulatur mässig entwickelt. Brust- und Bauchorgane: 0 B. Schädel symmetrisch, Pupillen gleich, reagieren beiderseits prompt auf Lichteinfall. Zunge wird gerade und ohne Zittern vorgestreckt. Ohrläppchen mangelhaft entwickelt, angewachsen. Mobilitäts- und Sensibilitätsstörungen sind nicht vorhanden.

Patientin ist in heiterer, übermütiger Stimmung, redet in einem fort mit lauter Stimme, behauptet, magen-, herz- und unterleibsleidend zu sein. Ein Arzt aus der Provinzial-Irrenanstalt in Bonn sei ihr Bräutigam, sie selbst sei Diakonissin. Verlangt sofort Briefpapier, um an ihren Verlobten zu schreiben.

15 Dezember. Ist stets heiter gestimmt, plaudert sehr viel, bleibt bei ihrer Behauptung, magen-, herz- und unterleibsleidend zu sein, objektiv ist nichts Pathologisches nachweisbar. Arbeitet auf der Station.

23. Dez. Vorwiegend ist noch immer die heitere Stimmung. Hier und da fährt sie auch einmal zornig auf, wenn sie von einer anderen Patientin gereizt oder geneckt wird. Meist beruhigt sie sich schnell wieder. Sie beschäftigt sich mit Ausbessern der Wäsche, besucht ab und zu ihre Schwester im Krankenhause, und schwärmt von ihrem Bräutigam, Herrn Dr. F. i. B.

Januar 1900. Meist in guter Stimmung, führt eine Menge Bibelsprüche an, hält sich für die Braut des Dr. F. und schreibt in diesem Sinne eine Menge Briefe, deren einer hier mitgeteilt sein mag.

Waldbröl, den 6. 2. 1900.

Hochwohlgeborener, vielgeliebter Herr Dr. F.! Schwarz wie die Nacht ist der Gedanke scheiden, aber hell glänzend, wie die Sterne am Himmel, ist der Gedanke auf Wiedersehen; so begiebt sich Louise wieder, wie sie schon öfter es gethan, und gedenke meinem vielgeliebten treuen Robert zu schreiben, in welchem oft sehr traurigen Zustande Ihre vielgeliebte treue Braut sich befindet. Vielgeliebter Bräutigam, Robert, Herr Dr. F. ich ewig unvergesslich bleibt Louise muss Ihnen traurig mit Thränen gefüllten Augen klagen, wie ich mich wieder zurück nach Bonn sehne; lieber Robert, am Sonntag den 4. Februar war meine Schwester Julchen zum Besuch bei mir, worüber ich mich sehr freute, dass sie es konnte, denn sie ist auch 7 Wochen im Krankenhaus gewesen bei Herrn Dr. V. in Behandlung; aber lieber Robert, vielleicht können Sie sich doch nicht vorstellen, wievielweniger begreifen, denn wie Sie zu mir, Ihrer treu liebenden Braut Louise sagten: Louischen hör mal, Bruder und Schwester hab ich auf dieser Welt nicht, erhielten Sie zur Antwort: Robert und ich, wir beide, Julchen und Jettchen, und Sie bleiben, so lang ich lebe auf dieser Erden mein in dem Herrn geliebter. Viel geliebter Robert, schon seit 12 Jahren so lange meine liebe Mutter im Himmel bei Ihrem Vater ist, der aber auch Vater unser aller ist, war die Trennung immer unser Loos, für Louise, für Julchen und auch für die kleine Jettchen wo ich immer so sehr anhing. Jetzt ist Jettchen in Godesberg. Drum sehne ich mich wieder nach Bonn. Denn Waldbröl ist ja meine Heimat, wo ich geboren bin. Ich kann mich hier nicht glücklich fühlen, ich wünsche bei meinem geliebten Bräutigam,

bei meinem Robert zu sein. Robert, zu Dir ist mein liebster Gang, wenn ich Dich nicht seh', bin krank; wenn Sie die Stürme des Leidens umtoben, wenn Sie das Liebste auf Erden verlässt, richten Sie Ihre Blicke gläubig nach oben, bauen Sie auf den Vater treu und fest; zwar kann das Schicksal Ihnen manches rauben, was auf Erden Sie beglückt und erfreut, aber mit ernstem und treuen Glauben siegt man auch über das bitterste Leid.

Vergiss nicht, mein lieber Robert wer Gott dem allerhöchsten traut, der hat auf keinen Sand gebaut. Vielgeliebter Robert Herr Dr. F., da ich jetzt schon am 7. Februar wieder zwei Monate hier in Waldbröl bin, gerade wie in Bonn öfter sehr aufgeregt, welches Sie als mein geliebter Bräutigam, lieber Robert, am besten verstehen hönnen. Es geht ja wie in Bonn; ich als arme elternlose Waise finde mich sehr rasch beleidigt. Gott sieht nicht die Person an, sondern das Herz; wenn ich aufgeregt bin, nicht ohne Ursache; ich weiss auch, dass mich unser verstorbener Pastor Engels aus Nümbrecht konfirmiert hat, an dessen Stelle ist jetzt Herr Pastor Friedrich Mockert, dessen Gemahlin, Elisabeth geb. v. Hymmen ist ja auch aus Bonn zu Hause; lieber Robert, wenn Bonn Ihre Heimat ist, müssen Sie doch auch die Familie von Hymmen kennen, und auch lieber Robert in Godesberg J. Lübbert, wo unsere kleine Jettchen Reinhardt ist. Vielgeliebter Bräutigam Robert, Herr Dr. F., Ihre treue vielgeliebte Braut Louise Reinhardt, ich halte es für meine treue Pflicht, Sie als mein Geliebter dazu Herr muss Ihnen doch mitteilen, wie es mir geht, lieber Robert. Ich bin jetzt heiser, ausserdem geht mir gewöhnlich, lerne leiden ohne zu klagen, denn ich kann und darf Ihnen meinem vielge-

liebten Robert gegenüber nicht mich untersuchen noch weder mich behandeln lassen von diesen Doktoren in Waldbröl, wie in Bonn, ja lieber Robert Herr Dr. F. ich will streben nach dem Leben, wo ich selig werden kann, lieber Robert wie ich Ihnen schon manchesmal gesagt habe, dass meine Schwester Julchen als Diakonissin in Kaiserswerth am Rhein gewesen ist, und ich Ihre bis in den Tod treu liebende Louise hatte mich diesem schönen göttlichen Beruf im Stillen ja schon längst mit Herz und Hand ergeben. Lieber Robert, herzlichen Gruss und Kuss. Hochachtungsvoll Braut Louise R.

Januar 25. Begleitet die Visite und macht ihre Randbemerkungen zu den Aeusserungen der Kranken und den Anordnungen des Arztes. Arbeitet auf der Station, hat jeden Tag andere Klagen über Finger, Knie, Fuss, Magen, Herz, Kopf etc., ohne dass sich objektiv etwas pathologisches nachweisen liess. Sie macht sich augenscheinlich selbst aus ihren angeblichen Leiden nicht viel, und verstummt bald, um von etwas anderem zu reden.

Februar. Gerät häufig in Wortwechsel mit andern Patienten. Ist dabei sehr aufgeregt und wird zuweilen handgreiflich, hilft fleissig bei der Hausarbeit. Schreibt Briefe an ihre Verwandten und Dr. F. in Bonn, Briefe die mit Bibelsprüchen gespickt sind, während sie in ihren sonstigen Gesprächen ziemlich lose ist, und sich aus Fluchen und Schimpfen durchaus nichts macht.

März. Keine Aenderung in ihrem Verhalten. Nimmt körperlich zu und sieht recht gesund aus. Meist in übermütiger, heiterer Stimmung. Hilft fleissig bei der Hausarbeit und beschäftigt sich mit Handarbeit.

Am 19. April wurde sie als gebessert entlassen.

II. B. Katharina, Witwe, ohne Gewerbe, geb. am 7. Juli 1843.

Anamnese: Ueber Heredität in aufsteigender Linie ist nichts zu ermitteln. Von den 3 Geschwistern lebt noch ein Bruder, eine Schwester und ein Bruder sind gestorben, letzterer war geisteskrank. Ueber die Entwicklungsjahre der Kranken ist ebenfalls nichts bekannt. Ihr Mann starb vor dem Jahre 1884, drei Kinder leben und sind gesund, ein Kind starb an Krämpfen.

Die Kranke wurde im Alter von 24 Jahren wegen Stupor in Siegburg behandelt und als geheilt entlassen. Eine zweite stuporöse Phase war der Grund ihres Aufenthaltes in der Provinzial-Irrenanstalt zu G. vom 27. II. 85—26. II. 86.

Während des Sommers 93 befand sie sich wieder stuporös im Krankenhause zu E.

Ihre jetzige Erkrankung begann 1894; und zwar sei sie im Herbste 94 allmählich unruhig geworden, habe an Schlaflosigkeit und Sinnestäuschungen gelitten, und wurde infolgedessen der Irrenstation der städtischen Krankenanstalten überwiesen. Hier sei sie bald sehr unruhig geworden, sei Tag und Nacht ruhelos umhergelaufen, habe gesungen und gelacht, sei überhaupt in einer äusserst fröhlichen Gemütsverfassung gewesen.

Am 19. XII. 1894 kam sie „wegen eines derartig aufgeregten Zustandes, dass ihre sofortige Ueberführung in eine Irrenanstalt dringend nötig erschien", zum zweiten Male nach G., wo sie bis zu ihrer Ueberführung in die Waldbröler Heil- und Pflege-Anstalt verblieb.

In G. machte sie zunächst einen Zustand ängstlicher Verwirrtheit durch; die folgenden Monate war sie sehr heiterer, erregter Stimmung. Seit Frühjahr 96

arbeitete sie fleissig, schimpfte dabei viel in die Luft und äusserte dabei massenhafte Grössenideen: sie war die Herrin des Himmels und der Erde und besass ungezählte Millionen.

Bei ihrer Aufnahme in die Heil- und Pflege-Anstalt in W. am 11. VI. 1897 bot sie folgenden Befund:

Status: Kleine, ziemlich schlecht genährte, blasse Frau. Schädel symmetrisch, vorstehende Backenknochen. Mundpartie eingefallen; zahnlos. An beiden Unterschenkeln erhebliche Krampfadern. Eine genauere Untersuchung der Kranken ist nicht möglich.

15. VI. Hat sich bisher ruhig gehalten, ist aber sehr redselig und benutzt jede Gelegenheit, um mit dem Arzte eine Unterhaltung anzufangen. Erzählt in behaglichem, etwas selbstbewusstem Plauderton langathmige Geschichten, ohne sich dabei im Stricken stören zu lassen. Sie sei 1844 geboren in der Schweiz, als Katharina, sei jetzt Kaiserin, und zwar in Petersburg gekrönt worden. Dorthin sei sie einmal mit Dr. O. gefahren; unterwegs habe sie mit ihm eine Tasse Kaffee getrunken. 11,000 + 9 Millionen seien in der Nacht wieder aufgemacht: Sie besitzt 97 Häuser, aber kein Mensch wolle ihr die abkaufen. In G. sei sie nicht gewesen. Das seien Häuser, die ihr auch alle gehörten. Seit gestern Abend, wo Ref. bei ihr gewesen, seien verflossen 17,000 × 3 Millionen Jahre + 3 Trillionen + 50 Jahre, 10 Stunden und 10 Sekunden; seit dem Kaffee heute morgen 3325 Millionen + 10 Jahre, 17 Tage und einige Sekunden. Das Jahr habe 12 Monate und 365 Tage. In der Schule sei sie 8 Jahre gewesen, da hätten die Jungens an den Balken gehangen. 797 Kühe habe sie, etc. etc. Lässt sich in ihrem Wortschwall nur schwer unterbrechen.

20. Handarbeitet fleissig, spricht stets sehr weise, giebt selbstverständliche Belehrungen, oder äussert allerhand absurde Ideen. Im Himmelreich sei es doch schöner. Da bekomme man gut zu essen. Man könne bei Lebzeiten nur ins Himmelreich kommen; nach dem Tode komme man höchstens in die Hölle und müsse im Feuer braten; dies sei sehr heiss und nicht angenehm. Verlangt nach Haus.

27. Unzufrieden mit allem. Will Bier haben. Als Kaiserin könne sie noch ganz andere Sachen beanspruchen. Bemuttert die anderen Kranken, giebt die unsinnigsten Belehrungen. Der Doktor hat 797 Paar angestrickte Strümpfe 17 Millionen mal ist er heute in der Anstalt gewesen.

Juli 1. Hat immer zu klagen: Im Himmel sei es doch schöner. Neulich habe sie sich mit dem lieben Gott gezankt, da habe sie ihm ordentlich eines gegeben. Strickt sehr fleissig.

3. Behauptet, draussen vor dem Fenster da hängen 13 Frauen und 13 neugeborene Kinder am Galgen.

8. Immer unzufrieden. Alles lässt zu wünschen übrig: Das Essen ist Hundefutter, überhaupt nicht zu geniessen; das Haus ist ein Schweinestall, der Aufenthalt hier schweinemässig.

17. Steht mit dem lieben Gott auf sehr vertrautem Fusse, spricht von ihm, wie von einem guten Bekannten.

21. Hat sich wieder mit dem lieben Gott gezankt, will ihn verhauen. Geht unter fortwährendem unzufriedenem Raisonnieren strickend im Saal auf und ab.

War Nachts bisher ruhig und hat sich im allgemeinen noch leidlich gehalten.

24. Wird immer erregter, auch Nachts unruhig, meist ausser Bett.

August. War die ganze letzte Zeit ausserordentlich erregt und gereizt. Immer unzufrieden und schimpfend, mit den obscönsten Redensarten um sich werfend und immer bereit, mit grossem Behagen dieselben an den Mann zu bringen. Strickt dabei fortwährend Strümpfe.

September. Ist wieder etwas ruhiger geworden. Ist mit allem unzufrieden und raisonniert, aber weniger laut. Im allgemeinen traktabler. Nachts ruhig. Strickt

Oktober. Nicht unfreundlich, aber immer unzufrieden. Skandaliert über alles und jedes, ohne es anscheinend ernst damit zu meinen. Ruft mit Pathos alle deos-superosu u. inferos zu Zeugen an, dass sie recht habe. Sie ist Kaiserin von Russland, ihr gehört die ganze Welt, sie besitzt ungezählte Millionen, und verlangt somit besseres Essen und bessere Behandlung. Prahlt mit dem lieben Gott, geniert sich aber dabei in ihrer Ausdrucksweise durchaus nicht. Beschäftigt sich ein wenig mit Stricken. Nachts nur dann unruhig, wenn sie von anderen gestört wird. Reinlich.

November. Im ganzen ruhiger, schimpft seltener und produziert fortwährend ihre verworrenen Grössenideen. Strickt nicht mehr. Ihre einzige Beschäftigung besteht darin, dass sie für die Station Essen von der Küche holt.

Dezember. Ruhig, nur selten schimpfend. Hält an ihren Grössenideen unerschütterlich fest. 1898. Superklug, geschwätzig, wenig wählerisch in ihren Ausdrücken und Benehmen. Dabei aber ein Zug von Bonhommie. Erzählt die unglaublichsten Geschichten in einem Tone vollster Ueberzeugung und Selbstzufriedenheit, lacht dazwischen schelmisch, droht mit dem Finger und dergl. Ohne besondere Wünsche, klagt nur fortwährend über das Essen. Schimpft über Aerzte und Personal. Zähes

Festhalten an ihren Grössenideen. Zeitweise Handarbeit. Nachts ruhig. Reinlich.

1899. Im allgemeinen ruhiger als früher, aber immer noch zudringlich geschwätzig.

Dezember. Wieder etwas erregter; schimpft mehr, immer in ihrer gemeinen Weise. Verdächtigt alle möglichen Personen obsköner Handlungen. Reizbar. Läuft unthätig im Saale umher und renommiert mit reichen Verwandten. Grössenideen.

1900. Ruhig. Eine Influenza fesselt sie auf einige Tage ans Bett, hindert sie aber nicht, über alles zu raisonnieren. Die Suppe ist Spülwasser, die Kartoffeln sind faul, das Brot ist schimmelig. Trotzdem vertilgt sie doppelte, bisweilen dreifache Portionen. Will sich einen eigenen Diener halten. Sie hat ein eigenes Haus „dort drüben", ist eine Tochter des Grossherzogs von Hessen, gekrönte Kaiserin von Russland und gehört infolgedessen nicht hierher in diese Gesellschaft.

Juni bis September arbeitet sie fleissig auf dem Nähzimmer, ist ruhig und freundlich. Schimpft nicht mehr. An ihre früheren Grössenideen erinnert, wird sie verlegen.

Oktober. Ruhig, freundlich. Sehnt sich nach ihren Kindern. Bittet öfter um Entlassung, ohne sehr darauf zu dringen. Beginnt in der Arbeit nachzulassen.

November 2. Tieftraurig, mit ernster Miene sitzt sie umher und thut nichts. „Ich kann nichts mehr thuen. Im Kopfe ist mir's so dumm. Mein Kopf ist zerstört, ich kann nicht mehr denken".

10. Gänzlich kraft- und mutlos, schwach. Aeusserst deprimiert. Sitzt im Bett, den Kopf in die Hand gestützt, mit sorgevollem, leidenden Gesichtsausdruck. Spricht mit leiser, klangloser, klagender Stimme davon,

dass ihr der Kopf ganz zerstört sei, der Hals sei trocken und zugeschnürt, sie könne nicht mehr schlucken. Alles schmecke ihr so bitter. Nachts könne sie nicht schlafen. Appetit gering. Objektiv sind keine pathologischen Veränderungen als Grund ihrer Klagen aufzufinden.

Dezember. Mutlos, gleichgiltig. Spricht kaum ein Wort, hat für nichts Interesse.

1901. Januar. Ruhig. Stuperös-depressiver Gesichtsausdruck, langsame, mühsame Bewegungen. Hals angeblich zu, könne nicht schlucken. Da sie jede Nahrung verweigert, muss sie mit der Magensonde ernährt werden. Dabei leistet sie den denkbar möglichsten Widerstand. Beisst die Kiefer so fest aufeinander, dass sie nur äusserst schwer mit grosser Gewalt zu öffnen sind.

5. Isst wieder spontan. Erscheint etwas mobiler, wenn auch noch tief deprimiert.

Februar. Wieder künstliche Ernährung. Sie kann nicht schlucken: „Der Hals ist zu".

20. Geht körperlich sehr zurück. Künstliche Ernährung nur nach Ueberwindung sehr grossen Widerstandes möglich.

28. Unter allmählichem Kräfteverfall exitus.

Sektionsbefund: Perikarditische und plauritische Verwachsungen, abgelaufene Pneumonie, Nierenverfettung.

III. Sch. Wilhelm. Missionar. Unverheiratet; geb. 20. Februar 1842.

Anamnese: Ueber hereditäre Belastung und Jugend, sowie Ausbildungsjahre des Kranken ist nichts bekannt.

Er wurde nach Beendigung seiner theologischen Studien in Chikago der Mission von Barrach in Gabun

(Westafrika) zugeteilt. Da er die geforderten Bedingungen nicht erfüllte, wurde er zurückgeschickt. Er ging nach Amerika, um gegen seine Abberufung zu protestieren, augenscheinlich ohne Erfolg. Denn er reiste wieder auf eigene Kosten nach Afrika zurück und liess sich in Korisio nieder. Hier fiel er durch sein exaltiertes Wesen auf und wurde ärztlich untersucht. Nach Europa geschickt, wurde er kurze Zeit behandelt und erhielt eine Stelle als Erzieher. Unter dem Einfluss seiner religiösen Wahnideen verliess er jedoch wieder heimlich Europa und begab sich von neuem nach Afrika. Der deutsche Konsul veranlasste seine Ueberführung in eine Irrenanstalt. Das damalige ärztliche Gutachten lautete auf religiöse Verrücktheit, kompliziert durch moral insanity. Der Grund zu seiner Erkrankung schien in einer Kopfwunde zu liegen. Es wurden Störungen der Sensibilität und Motilität, Zittern der Zunge und des Kopfes, Ungleichheit der Pupillen beobachtet. Er fiel gleichzeitig durch sein unmotiviertes, häufiges Lachen, Halluzinationen, Masturbation auf. Angeblich soll dieser Zustand durch das unstete Leben und die ungenügende Nahrungsaufnahme des Patienten herbeigeführt worden sein. Am 22./IV. 1881 kam er nach Andernach. Anfangs anmassendes Wesen, bestritt geisteskrank zu sein. Erzählte von Vergiftungsversuchen gegen ihn in Afrika. Schrieb Briefe an eine englische Prinzessin und an verschiedene Behörden. Nach halbjährigem Aufenthalt wurde er erregt, lachte, sang, tanzte und lärmte. Nach einigen Wochen wieder ruhiger. In der Folge wechselten Erregungszustände mit ruhigen Zeiten ab. Zwischendurch äusserte er immer wieder Wahnideen. Die Erregungszustände liessen im Laufe der Zeit an Intensität nach. Sein Gebahren wurde mehr kindisch, albern, weniger lärmend. Will immer

sehr reich sein, verspricht jedem grosse Summen. In den ruhigen Zeiten mässige Depression.

Seit 1885 zeitweise Husten mit Blutauswurf. Tuberkelbazillen wurden im Auswurf nicht gefunden.

Vom 10./VI. 97 bis 30./I. 1900 in M. Dort abwechselnd sehr erregt und deprimiert; droht Aerzte und Wärter zu vergiften; dann wieder friedlich, verspricht Millionen Pfund Sterling. Am 30./I. 1900 erfolgte seine Aufnahme in die Heil- und Pflegeanstalt zu W.

Hier bot er bei seiner Aufnahme folgenden

Status: Ziemlich grosser, kräftig gebauter Mann von blasser Gesichtsfarbe. Geringes Fettpolster, mässig entwickelte Muskulatur. Schädel enesocephal, symmetrisch, Haare ergraut. Auf dem rechten os parietale neben der Sapittelnaht eine Knochenimpression derart, dass man die Fingerkuppe des Zeigefingers hineinlegen kann. Pupille des linken Auges exzentrisch gelegen, nach innen oben, starr, kleine Cornea an dieser Stelle getrübt. Pupille des rechten Auges klein, reaktil Ohrläppchen angewachsen. Zunge wird gerade unter leichtem Zittern vorgestreckt. Lungen und Herz: o. B. Rechts grosse Ingunial-Skrotalhernie, leicht reponierbar. Beide Füsse stehen in calcaneovarus-Stellung und erscheinen dabei in ihrer Längsachse ungefähr der Gegend des tarso-metatarsal-Gelenkes entsprechend eigentümlich nach innen verbogen. Die Zehen sind kompensatorisch nach innen flektiert Am linken Unterschenkel eine 3 Mk.-Stück grosse Brandmarke. Keine Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen.

Februar. Immer in guter Stimmung und äusserst freundlich und liebenswürdig. Spricht konfuses Zeug und verspricht täglich 100 Millionen Mark, die man nur zu nehmen brauche. Unter lebhaften, salbungsvollen

Gestikulationen bedankt er sich ohne jeden Grund. Da Patient durch sein immerwährendes Sprechen die anderen Kranken belästigt, wird er im Bett gehalten.

April. Meist vergnügt, ausser Bett. Begrüsst die Visite stets mit dem liebenswürdigen Anerbieten: „Nun, dann nehmen Sie nur 100 Millionen Franken und dann ist es gut. Danke schön.“ Sehr selten noch einmal erregt; stampft dann vor Wut auf den Boden und schreit unter der Pantomime des Halsabschneidens: „Sie werden sofort geköpft werden, sofort! Kopf ab! Kopf ab!“ Greift nicht an. Halluziniert, rückt ab und zu auch einmal mit seinen Wahnideen hervor, er sei vergiftet worden.

Eine Unterhaltung mit ihm ist nicht möglich, da er auf Fragen nicht eingeht, sondern sofort abspringt.

Mai: Viel im Garten. Steht am Zaun und spricht vor sich hin, bald langsam in tiefen unverständlichen Tönen, bald schreit er unaufhörlich laut: „Kopf ab, Kopf ab“, und schimpft unflätig. Giebt öfter gute Ratschläge zur Behandlung von Kranken.

Juni. Meist freundlich, zufrieden. „Nun, dann nehmen Sie nur Urlaub und eine Million 300 Thaler.“ Behauptet, er könne nur noch griechisch, habe das Ev. Matthaei übersetzt, sagt zum Beweise dessen das griechische Alphabet her.

Juni 28. Bleibt zu Bett. Sagt, er fühle sich zu schwach, könne sich nicht auf den Beinen halten. Meint mit leiser, oft von tiefen Seufzern unterbrochener Stimme, er glaube nicht, dass er noch Verzeihung erlangen könne, er habe zu viel Schlechtes in seinem Leben gethan. Er hoffe, dass Gott gnädig mit ihm ins Gericht gehen werde. Ist vollständig mutlos, tief traurig, macht sich beständig Vorwürfe.

Juli 9. Appetitlosigkeit. Immer dieselbe tiefe Depression. Opiumkur.

26. Die tiefe Depression klingt allmählich ab. Patient klagt noch über starke Schwäche.

August. Sensorium ist klar, giebt anamnastische Daten schnell und richtig an. Betont aber immer wieder, er sei in Westafrika vergiftet worden. Erklärt leise und seufzend, er habe viel Unrecht im Leben begangen, dafür werde er noch schwer büssen müssen. Er glaube, es ginge mit ihm jetzt zu Ende. Er würde nicht wieder gesund werden.

15. Noch ängstlich und verzagt. Doch ab und zu stiehlt sich schon wieder ein schwaches Lächeln auf seine Züge. „Der liebe, gute Gott wird ihm schon helfen.“ Ist für tröstenden Zuspruch sehr dankbar.

20. Wünscht in der Bibel zu lesen. Zeigt auch für Zeitungen Interesse. Liest fast den ganzen Tag Klagt noch über Mattigkeit und Schwäche. Appetit besser.

September 1. Beständig zu Bett und deprimiert. Sehr erkenntlich für gute Behandlung. Gelobt täglich Besserung, wolle nicht mehr erregt sein, schimpfen etc.

7. Noch gedrückt, traurig, macht sich noch Selbstvorwürfe. Körperlich sieht er wieder wohl aus.

19. War öfter ausser Bett; einmal auch im Garten. Heute wieder sehr gedrückt. Klagt über grosse Schwäche Seufzt, er sei ein verlorener Mensch, bangt um sein Seelenheil.

20. Die tiefe Depression ist wie weggeblasen. Manie wieder in vollem Gange. Empfindet keinerlei Schwäche mehr. Stimmung sehr gehoben, heiter, zuweilen wieder sehr erregt. Patient ist in steter Bewegung.

22. Verspricht wieder unaufgefordert grosse Summen. Schimpft, lärmt und schreit im Garten über den Zaun

weg: „Köpfen, durchgesägt!“ Ist dabei vollkommen orientiert, lässt sich aber nicht fixieren.

Oktober. Beständig in Bewegung; läuft umher, gestikuliert, stiehlt und sammelt. Verschenkt hundert Millionen Thaler, und lässt alle möglichen und unmöglichen Menschen köpfen. Nachts bisweilen laut.

Dezember. Körperlich sehr wohl. Renommiert mit seinen Kenntnissen, er sei Doktor der Astronomie, habe ein englisches Wörterbuch, das alte Testament aus dem hebräischen, und aus dem neuen Testament das Evang. Matthaei übersetzt. Zotet gern. Ist etwas friedlicher geworden.

Januar 1901. Immer in leicht manischer Erregung Verschenkt täglich 20 Millionen, redet Bibelsprüche und zotet. Doch ist er im ganzen ruhiger und nicht mehr so störend, wie bei der letzten manischen Phase.

Februar 6. Heute ganz unvermittelter Umschwung; Deprimiert, fühlt sich sehr schwach. Ruhig, dankbar, freundlich, bleibt zu Bett, liest etwas.

März. In der Nacht vom 19. zum 20. plötzlicher Umschwung ins manische. Schwatzt fortwährend, gestikuliert mit den Armen, verschenkt seine Millionen, schilt auf alles, hält sich aber noch im Bett.

April 6. Wieder deprimiert, „sehr schwach“. „Der liebe gute Gott wird schon helfen.“ Entschuldigt sich, dass er nicht arbeiten könne, aber er sei zu schwach. Man behandle ihn viel zu gut, er habe das nicht verdient. Er besitze keine Millionen, wie er sonst sage, wenn er aufgeregt sei. Liest etwas

27. Erzählt wieder seine Vergiftungsgeschichte, man habe ihn in Afrika vergiften wollen, indem man ihm ein Butterbrot mit Arsenik gegeben habe. Infolge-

dessen habe er Krämpfe bekommen. Seit der Zeit datiere sein Leiden, er habe damals „die Fallsucht“ bekommen.

30. Wieder maniakalisch. Verschenkt seine 100 Millionen.

September 16. Erregung hat bis heute angehalten. Heute morgen plötzlicher Umschwung zur Depression, die zwei Tage hindurch anhält.

18. Wieder in Erregung.

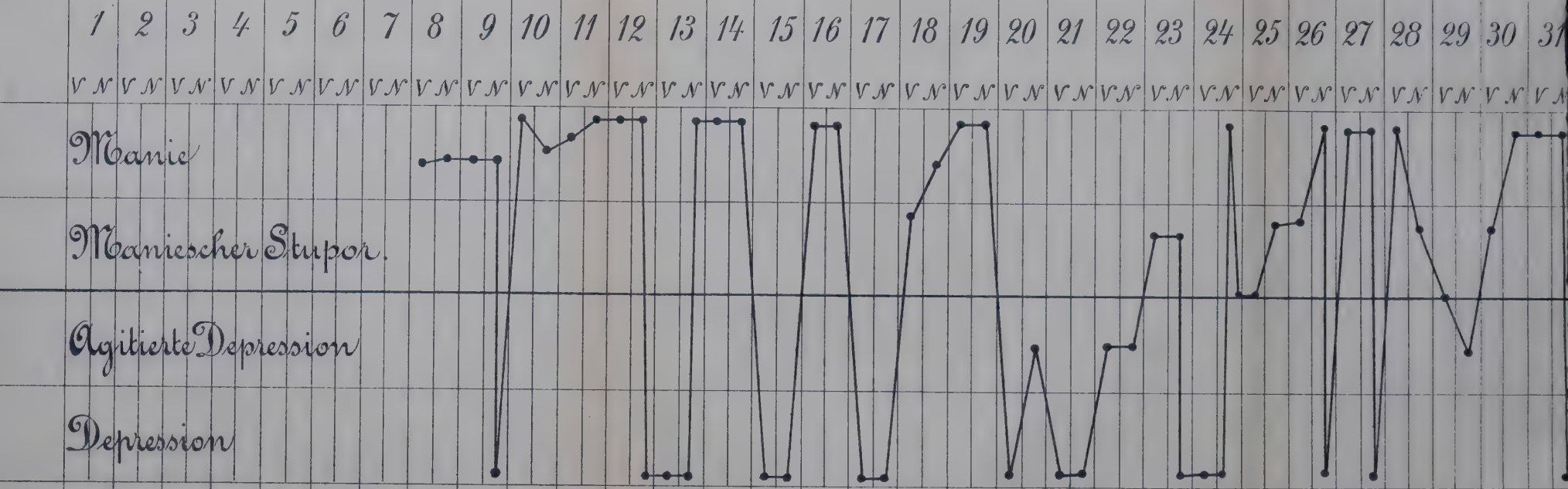
Oktober. Stimmung wechselnd. Einige Tage leicht erregt. Dann wieder tief deprimiert. Vorherrschend ist eine leicht manische Erregung. Der Kranke ist meist zufriedener, heiterer Stimmung, bald etwas mehr, bald etwas weniger, geht leicht gestikulierend im Saal auf und ab und verspricht mit lächelnder Miene seine Millionen Thaler.

Ende des Monats tiefe Depression. Liegt zu Bette, „da seine Beine zu schwach sind, ihn zu tragen. Er hat sich schwer versündigt.“ Vielleicht wird ihm der liebe, gute Gott noch einmal verzeihen, „ihm müssen wir alles überlassen“. Bringt seine Vergiftungsgeschichte wieder vor.

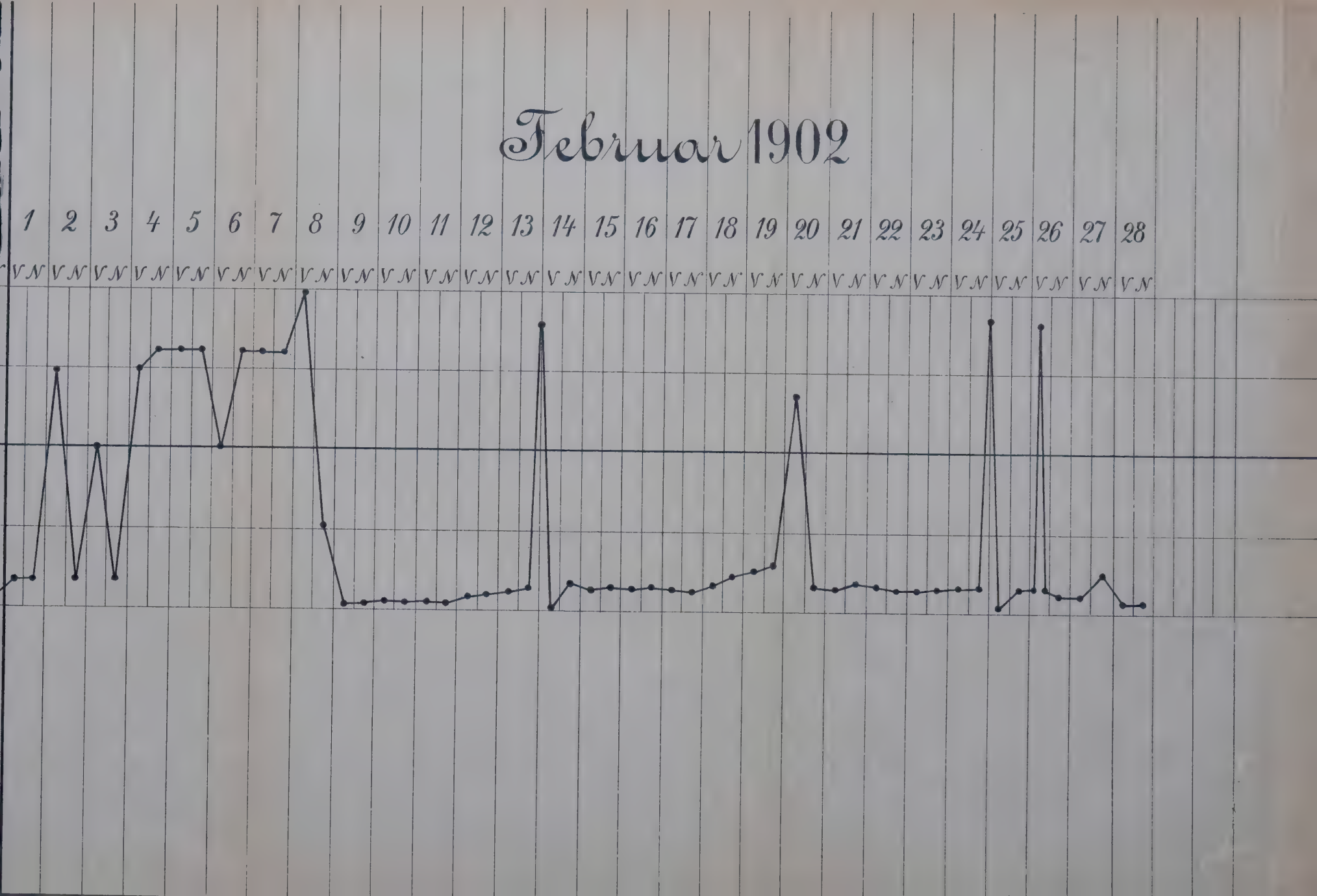
November. Stets dasselbe Bild tiefer Depression. „Verzeihen Sie mir, bitte, aber ich kann nicht bezahlen, ich weiss, Sie meinen es gut.“ Kann niemals wieder gesund werden, wird wohl bald sterben. Fürchtet, geköpft zu werden.

15. Depressive Stimmung heute plötzlich verschwunden. Hat wieder viele Millionen Thaler Geld. Fühlt sich sehr wohl, denkt nicht mehr ans Sterben. Reponiert in der unzartesten Weise seinen Bruch, klitscht mit aller Kraft auf ihm herum und gestikuliert lebhaft mit den Händen: „So, nun fertigen Sie mir, bitte, sofort ein Bruchband an für 50 Mark. Ich will es gleich bezahlen. Geld habe ich ja genug. Sie brauchen es doch

Januar 1902


1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
V N
Manie
Maniescher Stupor.
Agitierte Depression
Depression

Februar 1902



nur fortzunehmen. In Amerika liegen 500 Millionen Dollars für mich. Sie brauchen nur Urlaub zu nehmen und das Geld zu holen.“ Lacht, schreit, brüllt und schlägt aus Leibeskräften auf dem reponierten Bruch herum. Bleibt trotz der Erregung zu Bett.

17. Heute früh wieder tiefe Depression. Erinnert sich ganz gut der 2tägigen manischen Phase, weiss selbst nicht, wie es gekommen ist.

21. Nach tiefer Depression bis zum Mittag erfolgt am Nachmittag ein plötzlicher Umschwung zu starker Erregung. Brüllt und singt fortwährend und verspricht seine 100 Millionen Thaler.

22. Tiefe Depression. Behauptet, eine verlorene Seele gerettet zu haben, daher seine freudige Ausgelassenheit des vorhergehenden Tages.

Dezember. Tiefe Depression. „Der liebe, gute Gott wird mir auch nicht mehr helfen. Ich weiss, Sie meinen es gut, aber ich kann nichts bezahlen. Ich muss sterben. Ich danke Ihnen.“ Dazu macht er fortwährend die Gebärde des Halsabschneidens. Bringt alles mit schwacher, weinerlicher, vom Schluchzen unterbrochener Stimme vor. Tief betrübter Gesichtsausdruck, Thränen in den Augen. Zu Bett.

18. Dez. Am Morgen wieder erregt. Will aufstehen und arbeiten. Verspricht unter lebhaftem Gestikulieren wieder 500 Millionen Thaler. „Sie brauchen sie nur zu holen.“ Schwadroniert fortwährend. Kommt vom hundertsten ins tausendste.

Am Abend ist die Erregung wieder wie weggeblasen. Tiefe Depression mit den üblichen Redensarten.

24. Dez. Weihnachtsabend und Bescherung stimmen ihn noch trauriger. Er dankt allen und muss sterben.

25. Dez. Manie wieder in vollem Gange. Verspricht grosse Summen; will aus dem Bett und arbeiten. Lebhaftes Gestikulieren der Arme und Hände, lebhaftestes Mienenspiel.

26. Dez. Am Morgen wieder tiefe Depression, die den Rest des Monats hindurch anhält.

Die beiden nun folgenden Monate, Januar und Februar, bieten ein ganz eigentümliches Bild des Wechsels der jeweiligen Stimmung des Kranken. (Siehe die beiliegende Kurve.)

Im psychischen Gleichgewichte befindet er sich, abgesehen von einigen wenigen Stunden, überhaupt nicht, sondern es zeigt sich ein fortwährender jäher Wechsel zwischen hoher und höchster Manie und tiefer und tiefster Melancholie. Aus der tiefsten Depression erhebt sich plötzlich die Stimmung bis zur höchsten Erregung, verweilt einige Stunden auf der Höhe, und ebenso plötzlich und unerwartet fällt sie wieder zur tiefsten Niedergeschlagenheit herab.

Im Januar zeigt die Kurve nicht mehr stetigen Wechsel. Die einzelnen Phasen lösen einander in regelmässigen Zwischenräumen ab, während im Februar, besonders in den letzten 2 Dritteln, eine tiefe Depression als Grundstimmung zu beobachten ist, die nur durch einzelne plötzliche Erhebungen zur höchsten Manie unterbrochen wird.

Gleichzeitig mit dem Wechsel der beiden konträren Phasen ändert sich auch der Gedankenkreis, in dem sich der Kranke bewegt. Je nach der vorherrschenden Stimmung — Erregung oder Depression — zeitigt er die dieser Stimmung entsprechende Idee, und wie bei der echten chronischen Paranoia baut er diese Ideen —

wenigstens in der manischen Phase — weiter aus und hält zäh an ihnen fest.

In der manischen Phase ist er der Auserwählte des Herrn, der berufen ist, die Menschheit zu bekehren und glücklich zu machen. Jesus Christus ist ihm unter Donner und Blitz erschienen und hat ihm seinen hohen, heiligen Beruf verkündet. Er hat ihm die Kraft gegeben, verlorene Seelen zu erretten, Heiden zu bekehren, und das ist ihm auch gelungen. Als äusseres Zeichen seiner Zufriedenheit hat Gott ihn zu dem reichsten Menschen der Erde gemacht. Er besitzt ungezählte Millionen, die für ihn aufbewahrt werden, die er sich jederzeit ausbezahlen lassen kann.

Die Klagen in der depressiven Phase sind die reinen Klagen des gewöhnlichen Melancholikers; sie sind nicht paranoisch, wenn sie auch ihren Grund in dem ursprünglichen Verfolgungswahne haben. Er ist ein verlorener Mensch, hat sich schwer an Gott und Menschheit versündigt, und muss als Sühne für alles begangene Unrecht sterben. Er ist niemals im Stande, eine Seele zu erretten — hier spielt wieder die Idee der manischen Phase, jedoch in depressiver Richtung beeinflusst, hinein —, ist viel zu schwach, um nur das geringste unternehmen zu können. In Afrika hat man den Versuch gemacht, ihn zu vergiften, und dankbar ist er hier dem Arzte, der es gut mit ihm meint und ihn vor ähnlichen Anschlägen gegen sein Leben schützt. Fragt man ihn nach den reichen Schätzen, von denen er in der manischen Phase spricht, schüttelt er nur wehmutsvoll den Kopf und macht die Gebärde des Halsabschneidens. „Ich weis nicht, wie das gekommen ist, dass ich so aufgeregt war. Ich dachte wohl, ich hätte eine Seele

auf motorischem Gebiete absolut ruhig, wie in der depressiven Phase.

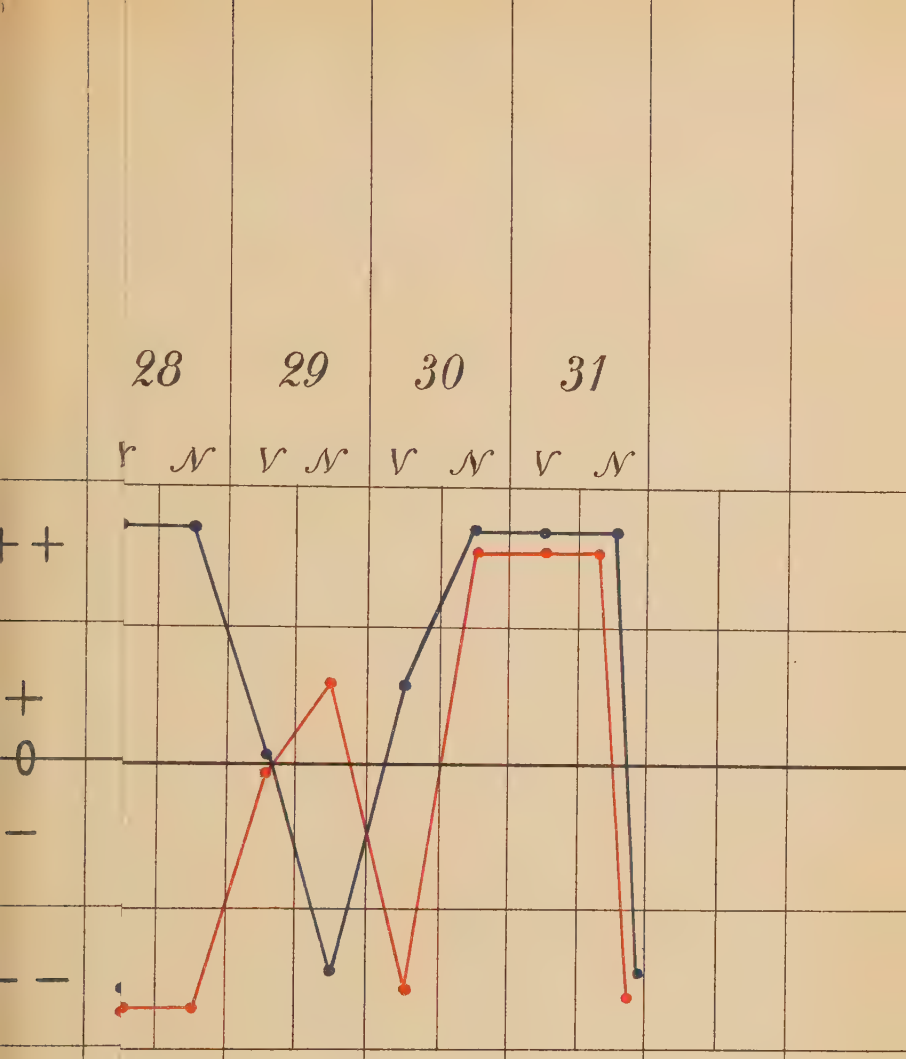
In diesem Zustande, der nur sehr selten zu beobachten war, bietet der Kranke das Bild einer eigentümlichen Mischung von Exaltation und Depression, diese auf motorischem, jene auf psychischem Gebiete, und was das ganze Verhalten noch auffallender gestaltet, immer mit dem paranoischen Hintergrunde. Es handelt sich also um eine Form des zirkulären Irreseins, mit Mischcharakter, eine Form, die ungefähr dem Bilde Weygandts entspricht, welches er mit manischem Stupor bezeichnet, d. h. also jene Mischung von gehobener manischer Stimmung mit stuporösem Verhalten auf psychomotorischem Gebiete. Das Bild ist jedoch unrein, denn es fehlen die von W. als dazu gehörig geforderten Symptome von Hemmung und Mutecismus. Es treten vielmehr von dem auf Seite 20 angeführten Schema der Möglichkeiten der Kombination der einzelnen Symptome zusammen:

1 a) gehobene Stimmung
3 a) Ideenflucht
} auf psychischem Gebiete.

2 b) Stupor auf motorischem Gebiete

Am Nachmittag des 18. beginnt der motorische Stupor sich zu lösen. Der Kranke bleibt noch zu Bett, gestikuliert aber lebhaft und ununterbrochen mit Armen und Händen, und brüllt und schreit seine krausen Wahnideen in die Welt hinaus.

19. Auch auf motorischem Gebiete ist nach einer unruhigen, schlaflosen Nacht die Stufe der höchsten Manie wieder erstiegen. Pat. ist in steter Bewegung, läuft fortwährend im Saale auf und ab, hüpft und tanzt umher und verspricht seine 500 Millionen Thaler. Zur Nacht erhält er Trional 1,5 g.



eiet

et (Stimmung)

20. Pat. erwacht in tiefster Depression. „Verzeihen Sie nur, aber ich kann nichts bezahlen. Ich weiss, Sie meinen es gut. Aber ich werde doch sterben müssen. Ich werde geköpft werden, aber ich kann nichts thun, ich kann nichts bezahlen.“ Weinerliche, schluchzende Stimme, trüber verschleierter Blick, müder, matter, trostloser Gesichtsausdruck.

Am Nachmittag wird Pat. auf psychomotorischem Gebiete etwas lebhafter. Er sitzt aufrecht im Bett, gestikuliert lebhaft mit den Armen und macht mit dem traurigsten Gesicht von der Welt fortwährend die Gebärde des Halsabschneidens, wobei er immer weinend und schluchzend brüllt, er könne nichts bezahlen, er müsse darum sterben. Das Bild, welches der Kranke in diesem Zustande bietet, ist der Gegensatz zu dem, in welchem er sich am Vormittag des 18. I. zeigte. Damals befand er sich in manischer Stimmung bei stuporösem Verhalten auf psychomotorischem Gebiete, heute befindet er sich in einer, wenn auch nur leichten Exaltation auf psychomotorischem Gebiete bei einer tief deprimierten Stimmung und tief traurigem Gedankengang.

Wenn wir jenen Zustand mit „manischer Stupor“ bezeichnen, würden wir diesen agitierte Depression nennen müssen. Es kombinieren sich hier Depression auf psychischem Gebiete, Ideenflucht, Rededrang und Erregung auf motorischem.

21. Der Kranke erwacht in tiefster Depression, sowohl auf motorischem, wie auf psychischem Gebiete. Spontan spricht er überhaupt nicht, nur auf Befragen erklärt er dem Arzte sein Unglück und seine bevorstehende Hinrichtung.

22. Im Laufe des Vormittags tritt ein Anstieg des Bewegungsdranges ein, während die Stimmung eine

tief depressive bleibt. Wir haben somit wieder jenen Zustand der „agitierten Depression“, der am 20. zu beobachten gewesen war.

23. Am heutigen Tage findet eine Kreuzung der beiden Kurven statt. Die Stimmung des Kranken steigt langsam aufwärts, während der Aktionsdrang bis zum Stupor abfällt: Zustandsbild des manischen Stupor. Am Abend fällt die exaltierte Stimmung plötzlich wieder zu der gleichen Tiefe ab, auf welcher die Motilität steht: Tiefe Depression auf beiden Gebieten.

24. Depression bis zum Abend. In der Nacht springt der Kranke plötzlich aus dem Bette auf, rast im höchsten manischen Delirium im Saale herum, tanzt und singt, schlägt mit den Armen um sich, schwatzt und schreit fortwährend: „Na, da ist es gut; nehmen Sie doch Geld soviel Sie wollen! Ich bezahle alles! Wieviel wollen Sie? 500 Tausend Thaler können Sie sofort haben! Sie brauchen sie ja nur zu nehmen! Morgen reise ich wieder nach Gabun! Da ist mir Jesus Christus unter Donner und Blitz in hellem Lichtschein erschienen. Ich habe ja so viele Seelen vom Verderben erlöst und soll noch viele erlösen. Jesus Christus hat es mir verheissen, er hat mich dazu auserwählt.“ Nach drei Stunden wird er plötzlich wieder ruhig, legt sich still zu Bett und schläft ein.

25. Am Morgen erwacht er in einem Zustande, den man als normal bezeichnen kann. Er liegt, von der durchwachten Nacht sichtlich erschöpft, zu Bett. Erinnerung an seine Erregung der letzten Nacht besteht: „Ich dachte, ich hätte eine Seele errettet, und hätte so viel Geld, aber das ist ja alles Unsinn.“

Im Laufe des Nachmittags erhebt sich die Stimmung wieder, während auf psychomotorischem Gebiete ein

Sinken des Aktionsdranges bis zum Stupor eintritt. Der Kranke liegt vollkommen ruhig im Bett, fühlt sich aber als Auserwählter des Herrn, und schenkt jedem von den für ihn gesparten Millionen Geldes, bietet somit das Bild des manischen Stupor.

26. Am Vormittag dasselbe Bild. Am Nachmittag tritt auf psychischem Gebiet eine weitere Steigerung ein. Der Kranke singt und schreit und brüllt seine absurden Reichtums- und Bekehrungs- und Auserwähltseins-Ideen in die Welt hinaus. Zu dieser Steigerung der Stimmung ist aber auch ein plötzlicher Anstieg der Kurve auf motorischem Gebiete getreten. Patient springt aus dem Bett und rast tanzend und hüpfend im Saale auf und ab.

Am Abend verfällt er plötzlich in die tiefste Depression auf geistigem wie auf motorischem Gebiete. „Ich danke Ihnen; ich weiss, Sie meinen es gut, aber ich kann nichts bezahlen. Ich muss sterben. Der liebe, gute Gott wird mir sündhaften Menschen nicht mehr vergeben. Schon in Afrika sollte ich ums Leben kommen. Man hat mir Arsenik ins Essen gethan, so dass ich die Fallsucht bekam. Jetzt muss ich bestimmt sterben". Alles bringt er mit schluchzender, leiser, matter Stimme und trübstem Gesichtsausdruck, wenn er gefragt wird, hervor. Spontan redet er gar nicht.

27. Früh um 5 erwacht er wieder in höchster manischer Erregung, die bis Abends um 5 anhält. Plötzlich verstummt er wieder, legt sich zu Bett und bietet das Bild tiefster Niedergeschlagenheit.

28. Am Morgen erneute maximale Erregung, die auf psychischem Gebiete auch den Nachmittag hindurch anhält, während sie auf motorischem Gebiete bis zum Stupor sinkt.

29. Der Stupor auf motorischem Gebiete hat sich

gelöst und die erregte Stimmung ist abgeklungen: Beide Kurven vereinigen sich wieder auf dem indifferenten Punkt: Der Kranke bietet den normalen Zustand, in welchem er weder an seine göttliche Mission und seine ungezählten Reichtümer, noch an seine bevorstehende Hinrichtung glaubt.

Am Nachmittag tritt ein Sinken der Stimmung ein. „Ich muss sterben, werde bald geköpft werden. Ich weiss, Sie meinen es gut, aber ich kann nichts bezahlen. Vielleicht wird der liebe, gute Gott noch einmal helfen. Aber ich muss doch sterben". Diese, in abgerissenen Worten mit schluchzender Stimme herausgestossenen Sätze begleitet er, aufrecht im Bett sitzend, mit lebhaften Gestikulationen der Arme und der Gebärde des Halsabschneidens.

Er bietet somit das Bild der agitierten Depression vom Nachmittag des 20. und 22. I. nur mit dem Unterschiede, dass der Bewegungsdrang ein mässigerer bleibt, als an jenen beiden Tagen.

30. Am Morgen hat wieder eine Kreuzung beider Kurven stattgefunden: Die Stimmung hat sich gehoben, er verspricht wieder als Auserwählter des Herrn seine hundert Millionen - während der Bewegungsdrang negativ geworden ist: er liegt oder sitzt thatenlos und ruhig mit müdem Gesichtsausdruck im Bett.

Am Nachmittag neben der weiteren Steigerung der Stimmung ein plötzliches Emporschnellen des Aktionsdranges: höchste manische Erregung mit ihren krausen Wahnideen.

31. Manie in vollem Gange bis zum Abend. Dann plötzliches Sinken bis zur tiefsten Depression mit ihrer Todesahnung.

Februar 1. Tiefe Depression.

2. Stimmung hat sich gehoben, auf motorischem Gebiete Stupor: manischer Stupor. Am Nachmittag vereinigen sich beide Kurven durch ein Sinken der Stimmung zur tiefen Depression.

3. Am Vormittag steigen beide auf zur Norm, während am Nachmittag ein erneutes Sinken zu tiefster Depression zu beobachten ist.

4. Stupor auf motorischem Gebiete hält an; Stimmung steigt; manischer Stupor.

Am Nachmittag steigt die Stimmung weiter, gleichzeitig tritt ein plötzliches Emporschnellen des Aktionsdranges ein: höchste Manie. Am Abend Trional 1,5 g.

5. Manischer Zustand hält an.

6. Sowohl auf motorischem wie auf psychischem Gebiete Abklingen der Erregung zur Norm. Am Nachmittag erneute Manie.

7. Manie.

8. Der Kranke bietet das Bild eines maniakalischen, delirierenden, wie es bei ihm überhaupt noch nicht beobachtet worden ist. Er schreit und brüllt unaufhörlich seine Wahnideen in alle Welt hinaus, droht, alles kurz und klein zu schlagen, gegen andere Kranke, Pflegepersonal und Aerzte aggressiv zu werden, sodass er isoliert wird.

Schon am Mittag schlägt diese Erregung in das Gegenteil um. Der Kranke wird plötzlich ruhig und verlangt mit dem traurigsten Gesicht von der Welt zu Bett. Zu Bett gebracht, gestikuliert er noch immer lebhaft mit den Armen, zeigt auf seinen Hals und meint, geköpft zu werden: agitierte Depression.

9.—13. Still und apathisch liegt er zu Bett, Todesahnungen: tiefe Depression.

In der Nacht vom 13. zum 14. springt er plötz-

lich auf, und bietet denselben Zustand des manisch-delirierenden wie am 8. II. Nach einer Stunde höchster Erregung legt er sich still in tiefster Depression zu Bett.

14.—19. Tiefe Depression.

20. Am Morgen steigt die Stimmung, während der Aktionsdrang tief im Negativen bleibt: manischer Stupor.

Am Nachmittag fällt die Stimmung plötzlich ab bis zu dem tiefen Niveau, auf welchem sich der Bewegungsdrang gehalten hat: tiefe Depression.

21.—23. Depression.

24. Am Morgen ist der Kranke noch tief deprimiert, am Abend springt er plötzlich aus dem Bett und bietet in seinem Zustande das Bild des manischen Deliriums, welches wir zuletzt in der Nacht vom 13. zum 14. beobachten konnten. Nach drei Stunden hoher Erregung legt er sich zu Bett und erwacht am nächsten Morgen in tiefer Depression.

25. Depression.

26. Am Morgen deprimiert. Im Laufe des Vormittags jedoch tritt plötzlich und vollkommen unvermittelt ein erneuter Anstieg ad maximum auf motorischem sowohl, wie auf psychischem Gebiete ein: manisches Delirium. Dasselbe hält zwei Stunden an und schlägt ebenso unvermittelt, wie es gekommen ist, in das Gegenteil, in die tiefste Depression, um, die bis Ende des Monats andauert.

März. Das Bild, welches der Kranke im März darbietet, gleicht im wesentlichen dem des Februar. Es besteht eine deprimierte Grundbestimmung, aus welcher einzelne exaltierte Exacerbationen plötzlich aufschiessen, um ebenso plötzlich wieder zu verschwinden. Die Exacerbationen erreichen jedoch nicht dieselbe Höhe, wie diejenigen im Februar. Sie bleiben auf einer niederen

Stufe stehen, sind aber dafür im allgemeinen von längerer Dauer. Der Anstieg und Abfall der Stimmung und des Bewegungsdranges zeigen dieselbe unvermittelte Plötzlichkeit. Die Wahnideen sind durchweg die gleichen geblieben.

In einer solchen mässig exaltierten Stimmung schreibt er den folgenden Brief, der deutlich Zeugnis giebt einmal von der bestehenden Manie, und andererseits von der paranoischen Wahnidee:

Lieber Vormund!

Zur Kirchweih wünsch ich Gottes Segen,
Natur mit Liebe und Tabak —
Die Frauen thu ich gerne pflegen —
Die Männer kennen den Geschmack.

Wir Wilhelm Sch . . . ., Missionar von Gottes Gnaden, erlauben Dir und S. M. dem König von Preussen, Gott zu danken, dass wir bald den Frieden mit der christlichen Kirche, wie vor hundert Jahren schliessen dürfen. Ich hatte bereits Gelegenheit, Frieden mit der römisch-katholischen Kirche zu machen, wie vor der Reformation.

Als gedienter Cultusminister des Herzogs von Darmstadt und seiner sel. Alice in Liverpool, England, möchte ich durch Dich ein grösseres Pfarrhaus dort bauen. Es ist dies keine Anmassung; ich werde es bauen auf Matth. 17. V. 12 oder auf Genesis 3. V. 15.

Ich habe jetzt ein Gehalt von 150 tausend Thalern per Jahr.

Bitte frage eimal Deine Schwester und Deinen Bruder Peter, ob er mir Dein Geburtshaus für 5000 Thaler verkaufen will. Dann könnte ich den Nordweg machen, indem ich den östlichen Teil der Scheune und den Pferdestall entfernen liesse. Bitte schreibe mir so-

gleich und besorge mir für 20 Mark Kappus und Rübenkohlrabipflanzen. Bis jetzt habe ich noch nie solchen Kohl und Kohlrabi gefunden, wie Du hast. Es geht mir vorzüglich, unser Direktor ist göttlich liebenswürdig Grüsse meinen Onkel etc. etc.

Dein Dich in Gott liebender Missionar
Wilhelm Sch. . . .

Die Anführung der Geschichte des Kranken bis hierher möge genügen, da sie in den beiden Monaten Januar und Februar den interessantesten Teil des Krankheitsverlaufes enthält Gegenwärtig befindet sich der Kranke in einer vorwiegend leicht manischen Erregung. Er läuft im Saal oder im Garten, mit zufriedenem Lächeln sich die Hände reibend oder lebhaft gestikulierend, auf und ab, und verschenkt seine 500 Millionen Thaler Geld an Arzt und Pfleger.

Zeitlich und örtlich über seine Vergangenheit und gegenwärtige Umgebung zeigt er sich vollkommen orientiert. Alle an ihn gerichteten Fragen beantwortet er schnell und richtig Er liest, schreibt und rechnet fehlerlos.

Diese drei Krankengeschichten haben manches gemeinsame, in manchem weichen sie jedoch weit von einander ab.

Möge zunächst auf die Verschiedenheiten mit einigen wenigen Worten eingegangen werden. Die dritte namentlich, Wilhelm Sch. . . . betreffend, nimmt den beiden andern gegenüber eine Sonderstellung ein, die sich durch die ganze Verlaufsart und die Interkurrenz der Mischzustände charakterisiert.

Bei der zuerst genannten Kranken, der Louise R., setzte die Krankheit mit einer melancholischen Phase ein. Die Lösung der Verlobung der R., die sich damals in einem Alter von 26 Jahren befand, mag nur erwähnt sein. Ob diesem Ereignis irgend welcher Einfluss beim Ausbruch der Erkrankung zuzuschreiben ist, mag dahin gestellt bleiben. Wir neigen der Ansicht zu, dass die Krankheit auch ohne dieses Faktum aufgetreten wäre. Ein auslösendes Moment mag immerhin zugestanden werden, das heisst der Rückgang der Verlobung hat bei dem zu der Erkrankung disponierten Mädchen, bei welchem die Teile des Zentralnervensystems, welche der Sitz der Erkrankung sind, abnorm schwach, vielleicht bereits pathologisch verändert waren, den Ausbruch der Krankheit herbeigeführt, nicht die Krankheit selbst. Der Krankheitskeim schlummerte vielmehr bereits in den prädisponierten Ganglienzellen drin, und harrte nur, gleichsam mit potentieller Energie ausgestattet, auf einen äusseren Anstoss, um sich in lebendige Kraft umzusetzen, d. h. als Melancholie in die äussere Erscheinung treten zu können.

Die erste melancholische Phase dauerte etwa vier Wochen. Auffallend ist, dass gleich im Beginn neben den gewöhnlichen Wahnideen des Melancholikers, der sich selbst an jedem Unglück in der Welt die Schuld giebt, Verfolgungsideen auftreten. Alle Leute, meint sie, seien gegen sie, wollten sie nicht haben, wollten ihr nichts gönnen, wollten nichts von ihr wissen. Selbst von ihren nächsten Anverwandten wird sie verachtet, gemieden und verfolgt.

Die Melancholie war eine so hochgradige, dass sie einen Selbstmordversuch unternahm.

Die Melancholie steigerte sich in diesen ersten

Melancholie — Steiner

vier Wochen bereits bis zum Stupor, welcher drei Monate anhielt, um sich dann allmählich zu lösen und nach Durchschreitung einer erneuten melancholischen Phase von drei Monaten, einer Exaltation Platz zu machen. Die ganze Depressionsphase einschliesslich des Stupors umfasste einen zusammenhängenden Zeitraum von 7 Monaten.

Nach diesen 7 Monaten trat allmählich der Umschwung ein. Von einem luciden Intervall weiss die Krankengeschichte nichts zu melden, sondern ohne sich auf dem Nullpunkt aufzuhalten, steigt die Kurve der Kranken in die Höhe der Manie unter gleichzeitiger Entwicklung neuer paranoischer Wahnvorstellungen: sie ist Diakonissin und einer der Aerzte ist ihr Bräutigam Und diese Wahnvorstellungen sind nicht Ideen, wie sie der manische gewöhnlich äussert, d. h. plötzlich auftauchend und ebenso plötzlich wieder unter dem Wust von neuen Ideen verschwindend, sondern es sind Ideen, an denen die Kranke, wie der echte Paranoiker, mit unerschütterlicher Zähigkeit festhält, die den ganzen Inhalt ihres Geisteslebens dauernd ausmachen, denen sie in ihren Reden und Briefen Ausdruck verleiht. Der hier beobachtete manisch-paranoische Zustand währte $1^1/_4$ Jahr, ohne durch freie Zwischenzeiten unterbrochen zu werden.

Leider wurde die Kranke auf Wunsch ihrer Angehörigen entlassen, sodass eine weitere Beobachtung ausgeschlossen war.

Wesentlich anders zeigt sich der Verlauf der Erkrankung bei Katharina B. Hier beginnt die Krankheit bei der 24 jährigen hereditär belasteten Frau ohne jedes äussere Moment mit Stupor. Und zwar sind es drei stuporöse Phasen, die dem Ausbruch der Manie voraufgehen und durch freie Zwischenzeiten von verschiedener

Dauer getrennt sind. Auch nach der dritten stuporösen Phase trat scheinbare Gesundung ein, sodass sie als „geheilt“ aus der Anstaltsbehandlung entlassen werden konnte. Die Dauer der ersten stuporösen Zeit ist nicht bekannt, die der zweiten betrug ein Jahr, die der dritten drei Monate. Die freie Zwischenzeit zwischen der zweiten und dritten betrug 7 Jahre, zwischen dem dritten Stupor und der darauf folgenden Manie lag ein Jahr. Wahnideen waren bisher nicht in die Erscheinung getreten.

Allmählich, nach einer scheinbar gesunden Zeit von einem Jahr, trat dann der manische Zustand mit Schlaflosigkeit, allgemeiner Unruhe und Sinnestäuschungen ein, über deren Art und Inhalt leider nichts bekannt geworden ist. Bald wurde die Kranke sehr unruhig und die Sinnestäuschungen nahmen bestimmte Gestalt an. Die Kranke äusserte Grössenideen: Sie ist als Kaiserin Katharina in Petersburg gekrönt, hat ungezählte Millionen im Vermögen und fühlt sich als die Herrin des Himmels und der Erden. Auch hier sind die Wahnideen nicht einfache, den manischen Zustand begleitende Vorstellungen, sondern es sind echte paranoische Wahnideen, an denen die Kranke unerschütterlich festhält, in denen sich ihr ganzer Gedankenkreis ausschliesslich bewegt. Sie folgert, ausgehend von der Voraussetzung, in Petersburg als Kaiserin gekrönt zu sein, weiter. So kommt sie zu ihren unermesslichen Reichtümern, und betrachtet sich als Herrin des Himmels und der Erden. Auf diese Weise denkt sie sich ihr System zurecht.

Dieser manische Zustand dauerte drei Jahre. Nach einer etwas ruhigeren Zwischenzeit folgte ein Jahr erneuter Unruhe, immer mit den gleichen Ideen.

Nun trat eine ruhige Zeit ein, die sich dadurch auszeichnete, dass die Kranke, trotz der äusseren Ruhe,

in demselben Wahnideenkreise stehen bleibt. In dem ersterwähnten Falle traten beim Uebergang des melancholischen Zustandes in den manischen auch die Sinnestäuschungen der Depression, die damals in Verfolgungsideen bestanden, zurück und machten neuen Wahnideen Platz. So konnte man bei jener Kranken gewissermassen zwei Systeme, eines der depressiven und eines der manischen Periode unterscheiden.

In diesem Falle bleibt die Kranke in der ruhigen Zeit bei denselben Wahnideen stehen, lässt dann beim Uebergang zur Melancholie diese auch fallen, setzt aber an deren Stelle ausser einigen hypochondrischen Ideen, die ja so oft den deprimierten Zustand begleiten, keine neuen.

Dadurch unterscheidet sich der Krankheitsverlauf bei dieser Patientin auch von demjenigen des Kranken, dessen Geschichte an dritter Stelle erwähnt wurde.

Diese letzte nimmt in mancher Beziehung eine Sonderstellung ein.

Der Ausbruch der Krankheit mag in dasselbe Lebensalter gefallen sein, wie bei den beiden weiblichen Kranken, doch setzte die Erkrankung weder mit einer melancholischen Phase, resp. einer stuporösen, noch mit einer manischen ein, sondern sie begann mit Wahnideen und Halluzinationen, die sich auf religiösem Gebiete abspielten. Vielleicht befand er sich damals schon in einem frühen Stadium beginnender Manie, da er wegen seines „exaltierten Wesens" auffiel und sich einer ärztlichen Untersuchung unterziehen musste, aus welcher jedoch nur die Diagnose religiöse Verrücktheit resultierte.

Die Krankheit begann also mit paranoischen Ideen. Zugleich wurden Störungen der Sensibilität und Motilität beobachtet, als deren Ursache man die vernarbte Kopfwunde — augenscheinlich eine Impressionsfraktur des Schädel-

daches — ansah, über deren Entstehung nichts bekannt geworden ist. Diese Störungen verschwanden mit der Zeit wieder, gegenwärtig ist nichts mehr davon zu beobachten.

Diese Kopfwunde für den Ausbruch der Geisteskrankheit verantwortlich zu machen, ist wohl nicht angängig. Man müsste denn annehmen, dass entweder durch das einwirkende Trauma oder durch den wuchernden Callus Veränderungen in denjenigen Zellen des Grosshirns hervorgerufen seien, deren Sitz die paranoische Erkrankungsform ist. Höchst merkwürdig bliebe aber bei dieser Annahme die vollständige Rückbildung der körperlichen Symptome (Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen, Zittern der Zunge und des Kopfes, Ungleichheit der Pupillen) bei gleichzeitigem Bestehenbleiben der Geisteskrankheit. Es müsste denn sein, dass entweder die betreffenden Zellen oder Nervenbahnen, deren Veränderung die paranoische Erkrankung herbeiführt, intensiver geschädigt wurden, oder überhaupt subtiler und schwerer restitutionsfähig sind, wie die Zellen, welche der Sitz der Psychomotilität sind. Mit absoluter Sicherheit lässt sich natürlich ein Zusammenhang zwischen dem Trauma und der Geistesstörung nicht in Abrede stellen, da ja das pathologisch-anatomische Substrat der Paranoia uns noch nicht bekannt ist. Wir neigen jedoch auf Grund der obigen Ausführungen zu der Ansicht, dass ein direkter ätiologischer Zusammenhang zwischen beiden nicht besteht.

Eine weitere Eigentümlichkeit der Krankheit dieses Patienten zeigt der ganze Verlauf.

In dem einen, ersterwähnten, Falle beobachteten wir eine Depressions- und eine Exaltationsphase, bei der zweiten Kranken drei durch gesunde Zwischenzeiten getrennte stuporöse Phasen, an deren letzte sich, wiederum nach Ablauf einer normalen Zeit, eine manische Phase

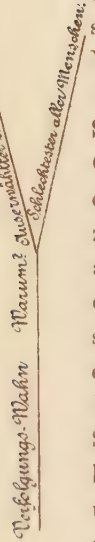
anschloss. Auf diese folgte ein lediglich durch paranoische Grössenideen beherrschtes, in Bezug auf Erregung oder Depression indifferentes Krankheitsbild, und diesem wiederum folgte unter Verlust der paranoischen Ideen die Melancholie. Die Krankheit zeigte also folgenden Verlauf: Stupor, Manie, indifferentes Stadium, Melancholie. Ganz anders bei diesem dritten Kranken. Dieser zeigt einen fortwährenden urplötzlichen Wechsel zwischen höchster Erregung und tiefster Depression. Bisweilen schiebt sich zwischen beide Extreme der eine oder andere Mischzustand - manischer Stupor oder agitierte Depression — ein. Ein indifferentes Stadium fehlt fast vollständig; nur ein- oder zweimal, und dann nur auf Stunden, war ein solches zu beobachten. Es erhebt sich vielmehr plötzlich die Stimmung und der Bewegungsdrang bis zu dem Punkte der höchsten Manie, des höchsten manischen Deliriums, auf welchem der Kranke bisweilen nur einige Stunden verweilt, um dann ebenso plötzlich und unvermittelt wieder in die tiefste Depression zurückzusinken. Und ebenso plötzlich meist wechselt auch die paranoische Idee. Der Kranke hat, wie jene an erster Stelle genannte Patientin, gewissermassen seine zwei Systeme, seine zwei entgegengesetzten Gedankenkreise, in denen er sich ausschliesslich bewegt, die ihrem Inhalte nach ebenso verschieden von einander sind, wie Manie und Melancholie in ihren äusseren Erscheinungsweisen, und die merkwürdiger Weise als stetige Begleiterscheinung des einzelnen Stimmungsbildes des Kranken auftreten. So hat der Gedankenkreis, in dem sich der Kranke im manischen Zustande bewegt, einen vorwiegend freudevollen Charakter, der Gedankenkreis des Depressierten ist ausschliesslich tiefernster Natur. Und wie jäh wechselten diese Stimmungsbilder! Am Abend schläft der

Kranke in tiefster Niedergeschlagenheit ein, unfähig, ein Glied zu rühren, voll der finstersten und trübsten Todesahnungen, als Strafe für seine manigfachen Vergehen, als Strafe für seine Unfähigkeit, seinen Aufenthalt in der Anstalt zu bezahlen, als endliche Verwirklichung jenes mysteriösen Vergiftungsversuches in Afrika, um am frühesten Morgen im Vollbewusstsein der durch eigene Kraft und Tüchtigkeit errungenen Stellung als Auserwählter des Herrn, begnadet und erleuchtet von der Gottheit, ausgerüstet mit den seltensten Fähigkeiten, um seinen schweren Beruf als Missionar voll und ganz auszufüllen, zu erwachen, um an jeden, den er sieht, in munterster, ausgelassenster Geschwätzigkeit seine ungezählten Millionen zu verschenken und jeden von seiner körperlichen und geistigen Kraft zu überzeugen. Von einer schwachsinnigen Bewusstseinstrübung ist in dem manischen wie in dem melancholischen Zustande keine Rede. Der Kranke ist über Zeit und Aufenthaltsort, seine Umgebung und seine eigene Persönlichkeit vollkommen orientiert. Er kennt die Aerzte, kennt das Pflegepersonal, weiss genau, wo er sich befindet, weiss genau, dass er Wilhelm Sch. . . . heisst und Missionär war, verharrt aber beharrlich als Melancholiker bei dem Glauben an seine gänzliche Unfähigkeit, als Manischer in dem an seine übernatürliche Wunderkraft.

Der Entwickelungsgang der beiden paranoischen Systeme bei diesem Kranken ist nicht so schwer zu verfolgen, wie es auf den ersten Blick vielleicht erscheinen könnte.

Als Ausgangspunkt dient der ja auch thatsächlich im Anfange der ganzen Erkrankung stehende Verfolgungswahn: Man trachtete nach seinem Leben, er sollte vergiftet werden. Je nachdem nun die manische oder die

melancholische Grundstimmung seines Gemütes die vorherrschende war, baute er sich sein System in verschiedener Richtung weiter aus: entweder nach der positiven (manischen) oder nach der negativen (melancholischen) Seite hin. Die Zwischenfrage zwischen dem ursprünglichen Verfolgungswahn und dem resultierenden Grössen- resp. Nichtigkeitswahn lautet einfach, wie bei jedem reinen denkenden Paranoiker: Warum werde ich verfolgt? Und die Antwort lautete entweder: Weil ich als Auserwählter des Herrn ein so bedeutender Mensch bin, dass ich Neidern ein Dorn im Auge sein muss; oder: weil ich die Anforderungen, die die Gottheit an mich stellt: mit meinen schwachen Körperkräften nicht erfüllen kann, die Gottheit somit unzufrieden mit mir sein und mich strafen muss. Als ihr Werkzeug hat sie sich meine Verfolger bestellt.



Nach beiden Richtungen arbeitete der Kranke sein System sich weiter aus; und zwar nach der einen Seite Gott war mit den erfolgreichen Leistungen seines auserwählten Werkzeuges so zufrieden, dass er ihm ungezählte Reichtümer zur Verfügung stellte, mit denen er alle seine Freunde beglücken kann. Unter dem Eindruck dieser Glückseligkeit ist der alte Verfolgungswahn verschwunden. Und nach der anderen Seite: Die Folge der eigenen gänzlichen Unfähigkeit und Verworfenheit ist die Unzufriedenheit der Gottheit mit seinen Leistungen. Als Strafe dafür ist er der ärmste Mann unter der Sonne, hat keinen Pfennig im Vermögen, um seinen Lebensunterhalt bestreiten zu können, und deshalb muss er sterben, deshalb wird er geköpft.

Auf diesem Punkte der Entwickelung seines an sich ganz logischen und folgerichtigen Gedankenganges steht der Kranke augenblicklich.

Der Grund zu der religiösen Richtung seiner Ideen ist in seinem Beruf als Missionär zu suchen, wie ja sehr häufig beim Paranoiker der bürgerliche Beruf für die Entwicklung der Wahnideen massgebend ist.

Der Ausbruch und der Verlauf der Geisteskrankheit sind also bei allen drei Kranken wesentlich verschieden.

Bei dem einen tritt zuerst eine regelrechte Melancholie auf, bei dem zweiten geht dem eigentlichen zirkulären Irresein ein mehrfacher Stupor vorauf, bei dem dritten ist eine echte Paranoia das erste Krankheitszeichen.

In dem ersten Falle folgte auf das melancholische Initialstadium ein stuporöses; dieser Stupor löst sich allmählich und geht durch ein depressives Stadium zur Exaltation über. Im Beginne der Melancholie treten bereits Wahnideen, die dem Melancholiker unter gewöhnlichen Umständen nicht eigen sind, zu Tage: Verfolgungsideen. Diese schwinden beim Abklingen der Melancholie und räumen Wahnideen entgegengesetzter Art beim Einsetzen der Exaltation das Feld.

Etwas komplizierter gestaltet sich bereits der Verlauf der Psychose bei Katharina B. Auf die verschiedenen (3) stuporösen Phasen folgt ohne ein melancholisches Zwischenstadium sofort die Exaltation mit ihren Grössenideen. An dieses Stadium schliesst sich ein in bezug auf Manie resp. Melancholie indifferentes an, in welchem die Kranke an ihren Grössenideen noch festhält. Diesem indifferenten, nur von der Paranoia als alleiniger Krankheitserscheinung gezeichneten Stadium folgt schliesslich die Melancholie, in welcher die Kranke ihre paranoischen Wahnvorstellungen aufgiebt, und lediglisch hypochondrische Klagen äussert.

Am vielgestaltigsten endlich ist die Krankheitsform

bei Wilhelm Sch. Die Psychose beginnt mit einer regelrechten Paranoia, an welche sich als Beginn der zirkulären Geistesstörung ein manisches Stadium anreiht, in welchem sich ausgesprochen paranoische, systematisierte Wahnvorstellungen finden. Dasselbe hält lange Zeit an. Plötzlich, ohne auf einer indifferenten Stufe Halt zu machen, sinkt die Stimmung des Kranken tief in die Melancholie hinein, um längere Zeit darin zu verweilen. Auch in diesem depressiven Stadium finden sich systematisierte Wahnvorstellungen. Dann beginnt ein buntes Spiel fortwährenden jähen Wechsels zwischen Erregung und Niedergeschlagenheit, eng verbunden mit einem ebenso jähen Wechsel der Wahnideen. Der Kranke setzt also gleich der Louise R und im Gegensatz zu der Katharina B. an die Stelle der manisch-paranoischen Wahnideen in der Depression neue, depressiv-paranoischer Art.

Diese Worte über die Unterschiede, welche die drei Kranken während ihrer Beobachtung boten, mögen genügen. Es bleibt noch übrig, der übereinstimmenden Merkmale zu gedenken.

Alle drei zeigen die auffallende Thatsache, dass im Verlaufe des zirkulären Irreseins echte paranoische Wahnvorstellungen keineswegs ausgeschlossen sind, und zwar setzen diese in erster Linie beim Auftreten der manischen Phase ein, um bei ihrem Uebergange in das melancholische Stadium zu verschwinden, ev. durch andere Wahnideen ersetzt zu werden.

Das auffallende Zusammentreffen der manischen Erregung auf psychomotorischem Gebiete mit dem betreffenden paranoischen Gedankencyklus einerseits, und der melancholischen Depression mit dem dieser eigenen Ideenkreise muss nun notwendigerweise die Frage er-

stehen lassen, ob vielleicht ein Zusammenhang zwischen der inneren psychischen Denkarbeit des Kranken, d. h. der jeweiligen paranoischen Idee und der äusseren Erregung, d. h. des der Art jeweiligen Aktionsdranges, besteht, und wenn ein Zusammenhang gefunden werden kann, welcher Art er ist. Bedingt die Wahnidee das Verhalten auf psychomotorischem Gebiete, oder ist die erste die Folge des letzen, wird die Wahnidee durch die jeweilig herrschende Phase des zirkulären Irreseins ausgelöst?

Zunächst bei dem Kranken Sch . . . .

Den ersten Fingerzeig zur Beantwortung der oben gestellten Frage giebt die Art des Ausbruches der Erkrankung.

Betrachten wir noch einmal die schematische Figur auf Seite 60.

Zunächst besteht ein einfacher Verfolgungswahnsinn mit Halluzinationen. Als primäres haben wir demnach die Paranoia zu betrachten. Der Kranke legt sich dann die Frage vor: „Warum werde ich verfolgt?“ Die Art der Beantwortung dieser Frage musste davon abhängig sein, ob sie der Kranke zu seinen Gunsten beantwortete, d. h. zum Grössenwahn anstieg, oder zu seinen Ungunsten, d. h. zum weiteren Verfolgungs- und Nichtigkeitswahn herabsank. Gleichzeitig nun, sagt die Krankengeschichte, fiel Patient durch ein exaltiertes Wesen auf. Es setzte also die manische Phase der zirkulären Psychose ein, in welcher unser Kranker, wie jeder andere Manische, nichts von Sterben oder Verfolgtsein wissen will. Der ganze Himmel hängt ihm vielmehr voller Geigen; er will arbeiten und grosse Thaten vollbringen und fühlt auch die Kraft und die Fähigkeit dazu. Unser Kranker musste also, in seinem angefangenen Gedankengang weiter

arbeitend, unter dem Banne der psychomotorischen Erregung, der Manie, den aufsteigenden Weg betreten, d. h. zum Grössenwahn kommen.

Allmählich klang nun der manische Zustand ab und verfiel in sein Gegenteil, in die melancholische Depression, und damit musste sich auch die Wahnidee des Kranken ändern, wenn nicht einer jener Mischzustände auftreten wollte, wie wir sie im Januar und Februar öfter zu beobachten Gelegenheit hatten. Patient machte auch nicht auf einer dieser Zwischenstufen Halt, sondern sank sofort zur körperlichen und geistigen tiefsten Depression herab.

Und wie jeder Melancholiker überhäufte er sich mit Vorwürfen, fühlte sich zum Arbeiten viel zu schwach, kurz, sah alles grau in grau. Aber als Paranoiker blieb er nicht bei der einfachen Thatsache seiner gänzlichen Unfähigkeit stehen, sondern suchte nach Gründen und dachte weiter. So setzte er wieder bei seinem alten Verfolgungswahn ein, der ja bei ihm in bezug auf Manie und Depression die indifferente Zone „des lucidum intervallum“ darstellte, und auf ihm weiter fussend, baute er sich, unter dem Banne seiner Depression stehend, sein System aus. „Warum werde ich verfolgt?“, fragte er sich auch hier, und nun sagte er sich als Melancholiker: „Weil ich infolge meiner gänzlichen Unfähigkeit, irgend etwas zu leisten, und infolge meiner Verworfenheit Gott so erzürnt habe, dass er meinen Tod beschlossen hat.“

So kämen wir denn zu der Anschauung, dass die jeweilige paranoische Idee lediglich eine Folge der jeweiligen Phase des zirkulären Irreseins darstellt, dass die erste durch die letzte ausgelöst wird.

In ganz ähnlicher Weise ist die Entwickelung der

Wahnideen bei der zuerst aufgeführten Kranken, Louise R., verlaufen, nur mit dem Unterschiede, dass bei ihr nicht die Paranoia, sondern die zirkuläre Psychose die primäre Erscheinung war. Die Wahnideen treten jedoch auch hier im Anschluss an die einzelnen Paropysmen auf, und wechselten gleich diesen.

Zunächst ist die Kranke tief deprimiert und äusserte die gewöhnlichen, für den Melancholiker charakteristischen allgemeinen Klagen. Bald nehmen jedoch diese Klagen bestimmte Gestalten an und gewinnen einen logischen Zusammenhang untereinander. Sie giebt sich zuerst die Schuld an allem Unglück auf Erden, besonders meint sie an der Erkrankung ihrer jüngeren Schwester schuld zu sein. Alles hat sie in ihrem Leben falsch gemacht. Jetzt ist sie unfähig zu irgend welcher Leistung. Infolgedessen sind „alle Menschen gegen sie". Jedermann, schliesslich sogar ihr eigener Vater, sagt sich von ihr los, will nichts mehr von ihr wissen.

Diese Klagen sind paranoische Wahnvorstellungen. Sie entstehen auch hier wie bei dem Kranken Sch . . . . unter dem direkten Einfluss der das ganze Krankheitsbild beherrschenden depressiven Gemütsstimmung. Es sind nicht die gewöhnlichen alltäglichen Klagen eines jeden Melancholikers.

Allmählich tritt nun der Umschwung ein. Die deprimierte Stimmung macht allmählich einer exaltierten Platz, und mit diesem Wechsel in dem äusseren Auftreten der Kranken tritt auch ein Wechsel in der psychischen Denkarbeit ein. Es sind jetzt vorwiegend freundliche Bilder und Gedanken, denen sie nachgeht und nachdenkt. Alle Vorstellungen über die eigene Untauglichkeit, alle Todesgedanken sind auch hier mit einem Schlage verschwunden. Thatendrang und Schaffens-

freudigkeit treten dafür auf und haben neue Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen im Gefolge. Sie ist Diakonissin und einer der Aerzte ist ihr Bräutigam. Und diese Vorstellungen sind nicht, wie gewöhnlich bei dem manischen, plötzlich auftauchend und verschwindend, sondern es sind Vorstellungen, an denen die Kranke zäh festhält, die sie auch nicht aufgiebt, als sie in eine andere Anstalt und damit in neue Verhältnisse kommt. Auch hier bleibt sie fest und unerschütterlich dabei, Diakonissin zu sein und jener bestimmte Arzt sei ihr Verlobter.

Also auch hier beim Eintritt in die exaltierte Phase ausgesprochene paranoische Wahnvorstellungen, ausgelöst durch die vorwiegende heitere Gemütsverfassung.

Dieselben Verhältnisse finden wir schliesslich bei der an zweiter Stelle genannten Kranken Katharina B.

Bei dieser beginnt die Psychose mit drei durch verschiedene lange freie Zwischenräume getrennten, stuporösen Phasen. Auf deren letzte folgt wieder ein Jahr scheinbarer geistiger Gesundheit, dann setzte die manische Phase ein. Zunächst scheint es eine einfache Manie ohne Wahnideen gewesen zu sein, erst nach einer Dauer der Exaltation von zwei Jahren treten massenhafte Grössenideen auf: Sie ist als Kaiserin gekrönt, besitzt als solche ungezählte Millionen und ist die Herrin des Himmels und der Erden. Alles gehört ihr und steht ihr zur Verfügung. Als Herrscherin will sie sich Dienerschaft halten, und verlangt besseres Essen und Trinken.

Dabei treten Gesichtshalluzinationen auf: Sie sieht vor dem Fenster alle möglichen Gestalten.

Auch sie hält an diesen Wahnvorstellungen mit ab-

soluter Zähigkeit fest. — Dabei tritt bei dieser Kranken das Bild des manischen Zustandes äusserst lebhaft hervor. Keinen Augenblick hat sie Ruhe; fortwährend ist sie beschäftigt, körperlich wie geistig. Sie läuft ruhelos im Saal auf und ab und strickt Strümpfe. Dabei raisonniert sie in echt manischer Weise über alles und jedes: Das Essen in der Anstalt ist Hundefutter, das Haus ein Schweinestall, der Aufenthalt hier schweinemässig.

Dann ruft sie wieder den lieben Gott an, mit dem sie dauernd auf sehr vertrautem Fusse steht, um im nächsten Augenblick sich wieder in den obscönsten Redensarten zu ergehen. Charakteristisch für die Manie ist ferner das Wühlen in unsinnig hohen Zahlen: so liegen zwischen Abend und Morgen 17,000 : 3 Millionen Jahre, 10 Stunden und 10 Sekunden. Die Zeit zwischen Frühstück und Mittag bemisst sie auf 3325 Millionen + 10 Jahre, 17 Tage und einige Sekunden etc. etc., alles Zahlen, die sie, ohne sich etwas dabei zu denken, hinauspoltert.

Die einzige Idee, an welcher sie zäh festhält, und die immer wiederkehrt, ist ihre Grössenidee, und diese kehrt stets in derselben Gestalt wieder, während alle andern, rein manischen Wahnvorstellungen einem beständigen Wechsel unterworfen sind. Und durch diese stete Wiederkehr wird eben diese Wahnidee zu einer paranoischen Sinnestäuschung. Allmählich wird die Kranke ruhiger, es tritt ein indifferentes Stadium ein. Die Kranke arbeitet fleissig, raisonniert nicht mehr, bleibt aber zunächst noch fest bei ihren Grössenideen stehen. Erst bei der nunmehr folgenden Depression giebt sie diese auf, will nichts mehr von ihnen wissen, erinnert man sie daran, wird sie verlegen.

Also auch hier beim Einsetzen der Melancholie ein Verlust der paranoischen Wahnvorstellungen der manischen Phase.

Somit handelt es sich bei der Pat. Katharina B., deren Krankengeschichte eben beleuchtet worden ist, um jene akute halluzinatorische Paranoia Ziehens, von welcher wir am Eingang gesprochen haben, und zwar finden wir die ideenflüchtige Form (Associationsbeschleunigung) dieser Paranoia in Verbindung mit einer heiteren Gemütsstimmung. Eine zirkuläre Paranoia ist nicht vorhanden, da die melancholische Phase ohne Wahnideen verläuft.

Bei der Kranken Louise R. dagegen ist jene zirkuläre Paranoia vorhanden, indem Associationsbeschleunigung in Verbindung mit Exaltation und ausgesprochenen Wahnideen heiteren Inhalts auf der einen Seite, und Associationsverlangsamung mit Depression und Wahnideen melancholischen Charakters auf der andern zu einem Zirkel zusammentreten.

Bei beiden Kranken finden wir die akute halluzinatorische Paranoia auf dem Boden eines zirkulären Irreseins.

Bei dem Kranken Wilhelm Scl . . . . . ist es wohl nicht angängig, von einer akuten Paranoia zu sprechen, da sich die Erkrankung bereits über Jahrzehnte hinaus erstreckt. Von einer akuten Paranoia würde man dann mit Recht sprechen können, wenn sie entweder erst im Anschluss an die zirkuläre Psychose, also als Sekundärerscheinung, aufgetreten wäre, oder wenn man jeden einzelnen Paropysmus als akute Erkrankung auffassen wollte. Beide Voraussetzungen treffen jedoch nicht zu: Einmal war bei dem Kranken nicht die zirkuläre Psychose, sondern die Paranoia das erste Zeichen einer

bestehenden Geisteskrankheit, anderseits ist wohl der ganze Cyklus von Krankheitserscheinungen — der Kranke bietet ja fortwährend Symptome, ein lucidum intervallum fehlt vollständig — als zu einem und demselben Krankheitsbilde gehörig anzusehen. Alle einzelnen Paropysmen sind nur der Ausdruck einer bereits Jahrzehnte lang bestehenden Geistesstörung, ihre Summe ist eben jene Krankheit, für welche Ziehen den Namen zirkuläre Paranoia vorgeschlagen hat.

Bei diesem Kranken stehen ebenfalls, wie bei Louise R., einer Associationsbeschleunigung mit Exaltation eine Associationsverlangsamung mit Depression gegenüber, beide Phasen in Verbindung mit entsprechenden Wahnideen: Da jedoch in dem letzten der genannten Fälle ein fortwährender Wechsel der beiden Paropysmen und infolgedessen auch der sie begleitenden Wahnideen statthat, und sich die ganze Erkrankung in derselben Art und Weise bereits Jahrzehnte lang abspielt, haben wir wohl das Recht, hier von einer Kombination des zirkulären Irreseins mit einer chronischen Paranoia, d. h. von einer chronischen zirkulären Paranoia, zu reden. Die beiden Bestandteile — zirkuläre Psychose und Paranoia — werden besonders scharf durch die beobachteten Mischzustände gekennzeichnet, indem bei diesen Aktionsdrang, d. h. äusseres Auftreten und Stimmung, d. h. die sie bedingenden Wahnideen unabhängig von einander steigen oder sinken. Diese Mischzustände weisen mit Sicherheit auf die ursprünglichen Bestandteile der jetzigen Psychose hin, Bestandteile, welche durch ihre Kombination die zirkuläre Paranoia lieferten und durch stete Wiederkehr eine chronische Erkrankung schufen.

Wir verlassen somit mit unseren Diagnosen einer

„chronischen zirkulären Paranoia“ in dem letzten Falle (Sch. Wilhelm), einer „akuten halluzinatorischen Paranoia“, in dem zweiten (B. Katharina), und einer zirkulären Form jener akuten halluzinatorischen Paranoia in dem ersten (R. Louise) ebenfalls den Boden des alten Schulbegriffs der Paranoia und lehnen uns an die Ziehen'sche Lehre an.

Am ersten wird uns wohl von jener alten Schule die Berechtigung unserer Anschauung in dem Krankheitsfalle Wilhelm Sch. zugesprochen werden, da wir hier alle jene Postultate erfüllt finden, die jene für die Diagnose einer Paranoia verlangen. Denn auch die Forderung des Fortbestehens der aufgetretenen Wahnbildungen ist erfüllt, allerdings insofern modifiziert, als es sich hier um 2 einander entgegengesetzte Wahnbildungen handelt, welche in buntem Wechsel, hervorgerufen durch einen Wechsel in der Stimmung und damit der ganzen Lebensanschauung des Kranken, einander ablösen, jedoch stets in derselben Form wiederkehren.

Etwas anders liegen die Verhältnisse bei den zwei anderen Kranken.

Von einer chronischen Paranoia zu sprechen, fehlt die Berechtigung, da sich bei beiden die Paranoia erst im Anschluss an die zirkuläre Psychose entwickelte, und andererseits nur je eine melancholische und eine manische Phase (abgesehen von den verschiedenen stuporösen Phasen, in denen aber in Folge der absoluten Hemmung Wahnideen eo ipso ausgeschlossen sind) mit Wahnideen beobachtet wurden.

Und doch glauben wir auch hier mit Recht von einer Paranoia reden zu können, da auch hier ein zähes Festhalten an einmal aufgetretenen Wahnideen, und ein Auftreten derselben stets in der gleichen Gestalt bei

vollkommen erhaltener Urteilsfähigkeit und erhaltenem Bewusstsein des Kranken vorhanden sind. Dass neben diesen paranoischen Wahnideen auch noch alle möglichen anderen Sinnestäuschungen und Gedanken, die mit dem paranoischen Gedankenkreise nichts zu schaffen haben, plötzlich einmal auftreten, rührt einfach daher, dass sich die Kranke in einem manischen Zustande befindet, in welchem sie von einer Beschränkung auf einen bestimmten Gedanken nichts kennt. Man hat also die gewöhnlichen einfachen manischen Wahnvorstellungen wohl von den manisch-paranoischen zu trennen. Das reine Bild der Paranoia sowohl, als auch der Manie muss durch eine Kombination beider notwendigerweise verwischt werden. Eine Paranoia auf dem Boden einer Manie muss ein anderes Gepräge haben, wie die Paranoia des alltäglichen weder manischen noch melancholischen Paranoikers. Deshalb bleibt aber gleichwohl der Begriff der Paranoia bestehen, sie ist lediglich durch Komplikationen beeinflusst, und zeigt sich den Blicken des Beobachters in dieser veränderten Gestalt. Die Natur lässt sich an kein Schema binden, sondern offenbart sich uns in eigenster, vielgestaltigster Weise, in den buntesten und farbenreichsten Bildern mit den feinsten und zartesten Färbungen und Schattierungen.

Somit kommen wir zu dem Ergebnis, dass es eine auf dem Boden des zirkulären Irreseins erstehende Paranoia, oder wenigstens mit ihm sich vergesellschaftende Paranoia giebt, welche akut — und auf diese Kombination möchten wir die Bezeichnung akute Paranoia beschränken — oder chronisch verlaufen kann, und welche stets im Anschluss an einen Wechsel der Paropysmen des zirkulären Irreseins, den Inhalt und die Art ihrer Wahnideen wechselt.

Bei der Prognostik unterscheidet Kahlbaum zwei streng von einander geschiedene Formen: Die Vesania typica circularis und die Cyclothymie. Erstere soll als eine Erkrankung der Hauptfunktionen des gesamten Seelenlebens ausnahmslos zur Verblödung führen, während die Cyclothymie lediglich ein Schwanken zwischen zwei gegensätzlichen Gemütszuständen (Dyothymie und Hyperthymie) darstellt, und nur selten in irrenärztliche Behandlung kommt. Die letztere lassen wir somit ausser Acht. Es giebt indes zwischen beiden noch unendlich viele Stufen, und diese stellen wohl das Hauptkontingent aller zirkulären Psychoven dar. Die Vesania typica circularis und die Cyclothymie sind nur die beiden Extreme.

Kraepelin bezeichnet die Prognose des zirkulären Irreseins im allgemeinen als ungünstig, weil es zur Zeit noch als zweifelhaft erscheint, ob eine wirkliche definitive Heilung zustande kommen kann, da ja eine vermeintliche Heilung vielleicht nur durch ein lange anhaltendes lucidum intervallum vorgetäuscht werden kann.

Dieselbe infauste Prognose stellen alle anderen Autoren. Krafft-Ebing, Schüle, Ziehen sind der Meinung, dass Heilungen nur sehr selten seien. Meist hält dieser circulus-vitiosus das ganze Leben hindurch an, wenn nicht durch einen Selbstmord im melancholischen Stadium ein vorzeitiges Ende, oder durch eine interkurrente körperliche Krankheit der Tod herbeigeführt wird. In manchen Fällen, aber nur selten, ist der Ausgang eine sekundäre Demenz.

Ueber einen Fall von zirkulärem Irresein mit Ausgang in Heilung berichtet Borosdina Rosenstein in der Sitzung des psychiatrischen Vereins in St. Petersburg am 21. November 1887: Es handelte sich um eine Kranke, welche im Verlaufe von 11 Monaten 11 Cyclen

abwechselnder melancholischer und manischer Zustände, ohne ein Dazwischentreten von freien Zwischenzeiten durchmachte. Die Kranke wurde „geheilt“, d. h. nach einem weiteren Verlauf von 11 Monaten wurden keine neuen Anfälle mehr beobachtet. Ob hier thatsächlich eine definitive Heilung eintrat, lassen wir dahingestellt. Vielleicht handelte es sich nur um ein längeres lucidum intervallum, welchem erneute Anfälle in der alten Weise folgten. Nach Verlauf von 11 Monaten von einer „Heilung“ zu sprechen, ist bei der zirkulären Psychose nach unserer Ansicht nicht berechtigt.

Bei Stellung der Prognose ist bei dieser Erkrankungsform, wie bei allen anderen Geisteskrankheiten auch — abgesehen natürlich von jenen akuten, z. B. Wochenbetts-Psychosen —, äusserste Vorsicht geboten.

Aus unseren drei Krankengeschichten einen Schluss auf die Prognose zu ziehen, ist nicht möglich, da alle drei einen verschiedenen Ausgang haben. Der eine wurde als gebessert auf Wunsch der Angehörigen aus der Anstaltsbehandlung entlassen, schied somit aus der Beobachtung aus, der zweite kam ad exitum, der dritte befindet sich noch in Behandlung. Bei den beiden erstgenannten wurde das zirkuläre Irresein durch eine auftretende Paranoia kompliziert (wir nannten diese Kombination in dem einen Falle akute zirkuläre Paranoia, in dem andern akute Paranoia). Eine Aenderung der Prognose wird nach unserer Ansicht durch diese Komplikation nicht herbeigeführt, da ja mit dem Schwinden der konträren Paropysmen ein Verlust der Paranoia eintrat. Die Prognose des letzten Falles (Wilh. Sch . . .) ist absolut ungünstig, da es sich hier um die Kombination einer chronischen Paranoia mit zirkulärem Irresein, unsere chronische zirkuläre Paranoia, handelt. Als Ausgang der

Erkrankung dieses Patienten ist mit Sicherheit eine sekundäre Demenz vorherzusagen.

Bei der Therapie kommt vor allem eine symptomatische Behandlung in Frage. Anstaltsbehandlung ist unter allen Umständen notwendig, da eine fortwährende Bewachung des Kranken wegen der Neigung zum Selbstmord in der melancholischen Phase, und zu allen möglichen Exzessen in der manischen, unbedingt erforderlich ist.

Eine günstige Beeinflussung hat man ferner durch die Verabreichung von Narkotizis erzielt Brom, Opium, Morphium sollen von günstiger Einwirkung sein. Kretz will durch Hyoscyamin in zwei Fällen einen milderen Verlauf der manischen Phase, in einem sogar eine Kopierung, gesehen haben. Ob aber dieser Vorgang richtig gedeutet ist, ist nicht sicher zu entscheiden. Wir sahen auch bei unserem Kranken (Wilhelm Sch . . .) in einer starken Exaltationsphase nach Darreichung von Prional wiederholt eine prompte Wirkung, indem der Kranke einschlief, um nach einigen Stunden vollkommen ruhig, ja sogar in tiefer Melancholie, zu erwachen.

Vielleicht handelte es sich indes sowohl bei unserm Kranken, wie in dem Falle von Kretz, nur um eine jener plötzlichen und unvermittelten Exacerbationen der Stimmung und des Bewegungsdranges, wie wir sie häufig zu beobachten Gelegenheit hatten, die ebenso plötzlich und unvermittelt, wie sie gekommen sind, nach kürzester Dauer wieder verschwinden.

Selbsverständlich ist man bei der Behandlung der Psychose, namentlich im Verlaufe der manischen Phase, auf die Narkotika angewiesen. Sie sind aber nur im Stande, eine Erregung momentan herabzusetzen, eine dauernde günstige Einwirkung haben wir nicht beobachten können. Nach einer Remission von mehreren Stunden,

die während der Wirkung des betreffenden Narkotikums anhielt, trat stets (ausser in jenen oben erwähnten, den Kretz'schen analogen Fällen) die Exaltation in der alten Form wieder auf.

Eine Therapie wird erst dann einen definitiven Erfolg versprechen, wenn wir wissen, worauf die ganze Psychose beruht, wenn wir den Herd der Krankheit selbst angreifen und beeinflussen können. So lange wir das nicht vermögen, sind wir nur auf eine Bekämpfung der Symptome angewiesen und es kann von einer Therapie, d. h. Heilung, keine Rede sein, sondern nur von einer rationellen Behandlung.

Mit einer solchen sind wir aber heute schon im Stande, das so unendlich bedauernswerte Los solcher Unglücklicher zu mildern und damit dem Kranken wohl zu thun und zu helfen.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, Herrn Dr. Scholz, dirigierender Arzt der ev. Heil- und Pflegeanstalt zu Waldbröl, für die Anregung zu dieser Arbeit und die gütig erteilten Ratschläge bei ihrer Anfertigung meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

1) Esquirol, Des maladies mentales. — Paris 1838.
2) Albers, Deutsche Klinik, 1854, No. 32.
3) Lombroso, Ann. med. psychol. 4. Ser. X, pag. 218, Mars 1867.
4) Stiff, Ueber das Verhalten des Körpergewichtes bei Geisteskrankheiten. — Inaug.-Diss. Marbg. 1872.
5) Frese, Ueber den physiologischen Unterschied der Melancholie und Manie. — Zeitschrift für Psychiatrie 1872, p. 487.
6) Snell, Ueber die verschiedenen Formen der Melancholie. — Zeitschr. f. Psychiatrie, 1872, p. 222.
7) Snell, Ueber die verschiedenen Formen der Manie. Zeitschr. f. Psychiatrie, 1873, p. 44.
8) v. Krafft-Ebing, Die Melancholie; eine klinische Studie; Erlangen 1874.
9) L. Meyer, Ueber zirkuläre Geistesstörungen. — Archiv f. Psychiatrie, 1874.
10) Flemming, Irrenfreund, 1876, No. 1.
11) Kelp, Irrenfreund, 1876, No. 7.
12) Huppert, Referat über die Abhandlungen von L. Meyer, Flemming, Neftel, Kelp: Ueber Zirkelwahnsinn. — Schmidt's Jahrbücher, Bd. 173.
13) Emmerich, Ueber cyklische Seelenstörungen. — Schmidt's Jahrbücher, Bd. 190.
14) Baillarger, Sur la folie circulaire. — Bull. de l'Acad. XIX.
15) Dittmar, Ueber regulatorische und über cyklische Geistesstörungen. — Zeitschr. f. Psychiatrie, 1876.
16) Kirn, Die periodischen Psychosen. Eine klinische Abhandlung. 1878.
17) Griesinger, Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. 4. Auflage, 1876.
18) Westphal, Ueber die Verrücktheit, 1878.

19) Müller, Ein seltener Fall von Interferenz von zirkulärem Irresein bei tabes dorsalis. — Centralblatt für Nervenheilkunde, 1880, No. 4.

20) Karrer, Bemerkungen zur zirkulären Geistesstörung. — Zeitschrift für Psychiatrie, 1881, No. 6.

21) Mendel, Die Manie. 1881.

22) Schäfer, Ein Fall von zirkulärer Geistesstörung. — Beitrag zur Lehre von den cyklischen Psychosen. — Neurolog. Centralbl., 1882, No. 8—11.

23) Haase, Einige Beobachtungen über die Temperatur bei periodischen Geisteskrankheiten. — Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. XXXIX.

24) Doutrebente, Sur la folie à double forme. — Ann. med. psych. Mars 1882.

25) Ritti, De l'asphyxie locale des extrémités dans la période de dépression de la folie à double forme. Ann. med. psych. fuillet 1882.

26) Kahlbaum, Ueber cyklisches Irresein. — Corresp.-Blatt d. Verb. der schlesischen Aerztevereine, No. 8 und Irrenfreund No. 10, 1882.

27) Hurd, Treatment of periods insanity. — Amer. 7 of ius. Oct. 1882.

28) Foville, Folie à double forme. — Brain. Oct. 1882.

29) Koster, Ueber die Gesetze des periodischen Irreseins. Bonn, 1882.

30) Mendel, Ueber sekundäre Paranoia. — Neurol. Centralblatt, 1883, No. 9.

31) Ellen F. Powers, Beitrag zur Kenntnis der menstrualen Psychosen. — Züricher Inaug.-Diss., 1883.

32) Tonnini, La Pazzia circolare. 1883.

33) Kretz, Bemerkungen zur akuten Verrücktheit. — Allgemeine Zeitschr. f. Psychiatrie, 1884, p. 281.

34) Tiling, Kommt Manie als selbständige Krankheitsform vor? — Zeitschr. f. Psych., Bd. V, H. 1 u. 2. 1884.

35) Thümmler, Conium in acute Mania. — Med. Journ. and examin. Febr. 1884.

36) Ewart, Akute Manie mit Hyoscyamin behandelt. — Lancet 16, VIII, 1884.

37) Tüttle, Treatment of melancholia. — Boston med. and surgic. Journ. Januar 1884.

38) E. Hjertström, Ueber das cyklische Irresein. — Hygiea XLVI, p. 1, 1884.

39) Siemens, Einiges über kombinierte Psychosen. — Neurol. Centralbl. 1884, No. 10.

40) Wiglesworth, Die Pathologie der Manie. — J. of m. sc. 1884, No. 5.

41) Motet, Die graphische Methode angewendet zum Studium der folie à double forme. — Annal. méd. psych. Juli 1884.

42) Martineng (Saint You), Folio à double forme intermittente. Annal. méd. psych. Mai 1885.

43) Harrington Douty, Fall von folie circulaire. — Americ. Journ. of insanity, Juli 1885.

44) Pick, Zirkuläres Irresein. — Realencyklopädie der gesamten Heilkunde. 2. Auflage, 1886.

45) Rey (Ville Evrard), Periodisches Erbrechen in einem Falle von zirkulärem Irresein. — Annal. méd.-psych. Janvier 1886.

46) Wellenbergh, Ein Fall von Insania cyclica aus einer geisteskranken Familie. — Psych. Bladen IV, 2. 1886.

47) Lange, Periodische Depressionszustände. — Kopenhagen 1886.

48) Schüle, Klinische Psychiatrie. 3. Aufl., 1886.

49) Wollerner, Ein Fall von zirkulärer Geisteskrankheit mit pathologisch-anatomischem Befunde. — Neurol. Centralblatt, 1887, No. 7.

50) Stark, Ueber das Verhalten des Körpergewichtes bei periodischen Psychosen. — Zeitschrift für Psychiatrie, 1888, Heft 3.

51) Mendel, Ein Beitrag zur Lehre von den periodischen Psychosen. — Zeitschr. für Psychiatrie, 1888, Heft 6.

52) Borosdina-Rosenstein, Ein Fall von zirkulärem Irresein mit Ausgang in Heilung. — Kowalewsky's Archiv. psychiatric. — Neurolog. Centralblatt, 1888, No. 15.

53) Davidoff, Paranoia (primäre Verrücktheit) und Stupor. — Russ. Arch. f. Psych., Bd. XI, H. 1, 1888.

54) Ball, Ueber die Melancholie. — L'Encéph. 1888, No. 3.

55) Dornblüth, Ueber einige beruhigende Mittel für Geisteskranke. — Therapeut. Monatshefte. Aug. 1889.

56) Ziehen, Opiumbehandlung bei Psychosen. — Therapeut. Monatshefte, Bd. III, 2 u. 3, 1889.

57) Canger, Behandlung der Psychosen mit subkutaner Verabreichung von Extract. opii. — Il maniconico V, 2, 1889.

58) Fürstner, Ueber das Verhalten des Körpergewichtes bei Psychosen. — Vortrag, gehalten am 21. Sept. 1889 auf der 62. Versammlung deutsch. Naturforscher u. Aerzte zu Heidelberg. Sektion für Psychiatrie und Neurologie.

59) Köhler, Ein kasuistischer Beitrag zur Lehre vom zirkulären Irresein. — Inaug.-Diss., Halle a. S., 1889.

60) Jolly, Ueber Behandlung der Manie mit Opium. — Zeitschr. f. Psychiatrie, 1890, Heft 1.

61) Mendel, Klinische Beiträge zur Melancholie. — Zeitschr. f. Psych., 1890, Heft 4.

62) Schlöss, Ueber melancholische Verrücktheit. — Jahrb. f. Psych. IX, Heft 1 u. 2. 1890.

63) Normann, Akute Verrücktheit. — The Dublin journ. of med. sc., Juni 1890.

64) Diller, Zirkuläres Irresein. Ein Beitrag zum Studium der Krankheit. — The al. and neur. April 1890.

65) Laschtschenka, Paranoia melancholica. — Russ. Arch. f. Psych., Bd. XVI, H. 1—2. 1890.

66) Rosenbach, Ueber einige akute Formen des Wahnsinns und ihr Verhalten zur primären Verrücktheit. — Wjestnik psych. Bd. VII, Heft 2. 1890.

67) Blin, Die Verfolgungsidee in der Melancholie und dem Verfolgungswahn. — Publications du progrès médical. Paris 1890.

68) Schubert, Zur Pathogenese des zirkulären Irreseins. — Neurolog. Centralbl., 1890, No. 15.

69) Cramer, Ueber eine bestimmte Gruppe von Sinnes-

täuschungen bei primären Stimmungsanomalien. — Zeitschr. f. Psych., 1891, p. 219.

70) Stern, Ueber das Verhältnis des Körpergewichtes zu einer Anzahl von Psychosen. — Zeitschr. f. Psych., 1891, Heft 5.

71) Mercklin, Ueber die Beziehungen der Zwangsvorstellungen zur Paranoia. — Zeitschr. f. Psych., 1891, H. 5

72) Macpherson, Manie und Melancholie. — The journ. of ment. sc. April 1891.

73) Greidenberg, Ueber rekurrierende Psychosen. — Centralblatt f. Nervenheilk. u. Psych., Juni 1891.

74) Werner, Die Paranoia. — Eine Monographie. Stuttgart, 1891. Verlag von Ferd. Enke.

75) Neisser, Erörterungen über die Paranoia vom klinischen Standpunkte. — Vortrag, gehalten i. d. Sitzung des Vereins ostdeutscher Irrenärzte zu Breslau am 5. Dezember 1891.

76) Magnan, Psychiatrische Vorlesungen, 1891. VI.

77) Serbski, Ueber die akuten Formen von Amentia und Paranoia. — Zeitschr. f. Psych., 1892, Heft 4.

78) Hahn, Ein Fall von akuter Verwirrtheit. — Zeitschr. f. Psych., 1892, Heft 4.

79) Scholz, Lehrbuch der Irrenheilkunde. 1892.

80) Cramer, Ueber das Verhalten des Blutdruckes bei primären Stimmungsanomalien. — Zeitschr. für Psych., 1893, p. 283.

81) Cramer, Ueber das Verhalten des Blutdruckes während der Angst der Melancholischen. — Münchener med. Wochenschrift XXXIX, H. 6 u. 7.

82) Harbolla, Direkte Vererbung von Geisteskrankheiten. — Dissert. Breslau 1893.

83) Schüle, Zur Paranoia-Frage. — Zeitschr. f. Psych., 1894, p. 298.

84) Bartels, Zwei bemerkenswerte Fälle von Paranoia. — Zeitschr. f. Psych., 1894, p. 1094.

85) Keravat, Die unter dem Namen Paranoia zusammengefassten mehr oder weniger kohärenten Delirien. — Arch. de Neurologie, 1894, No. 94—98.

86) Cramer, Abgrenzung und Differentialdiagnose der Paranoia. — Zeitschr. f. Psych., 1895, H. 2.

87) Schlöss, Ueber die Beziehungen zwischen Melancholie und Verrücktheit. — Jahrb. f. Psych. XIV, H. 1 u. 2. 1895.

88) Drewry, Circular insanity. — The Journ. of nerv. and ment. disease. 1895, H. 4.

89) Hertz, Wahnsinn, Verrücktheit, Paranoia. — Zeitschr. f. Psych., 1896, Heft 4.

90) Brassert, Ueber sekundäre Paranoia. — Zeitschr. für Psych., 1896, H. 4.

91) Schäfer, Stoffwechseluntersuchungen bei einem eigenartigen Falle von zirkulärem Irresein. — Neurolog. Centralbl., 1896, No. 23.

92) Berkhan, Ueber die freien Zwischenräume des periodischen Irreseins und deren gerichtliche Beziehung. — Vortrag, gehalten auf der 30. Versammlung der Irrenärzte Niedersachsens u. Westfalens zu Braunschweig am 10. Okt. 1896.

93) Kraepelin, Psychiatrie, 5. Auflage, 1896.

94) Greidenberg, Zur Lehre über die akuten Formen der Verrücktheit. — Zeitschr. f. Psych. 1897, H. 4.

95) Hecker, Die milderen Verlaufsarten des zirkulären Irreseins. — Vortrag, gehalten auf der XXII. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte zu Baden-Baden am 22. und 23. Mai 1897.

96) Hoche, Ueber die leichteren Formen des periodischen Irreseins. — Halle a. S., 1897. Verlag von C. Marhold.

97) v. Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie. 6. Aufl., 1897.

98) Heinke, Ueber die Beobachtungen und Erfolge, die bei der Behandlung periodischer Geistesstörungen mit Atropin-Einspritzungen nach Hitzig's Vorgange gemacht sind. — Vortrag, geh. auf der 5. Jahressitzung des nordostdeutschen psychiatr. Vereins am 16. Juli 1898 in der Irrenanstalt zu Conradstein.

99) Weygandt, Ueber Mischzustände im zirkulären Irresein. — 29. Versammlung der süddeutschen Irrenärzte in Heidelberg am 26. u. 27. Nov. 1898.

100) Hecker, Die Cyclothymie, eine zirkuläre Gemütserkrankung. — Zeitschr. f. prakt. Aerzte, 1897, No. 1.

101) Hibbard, Untersuchungen über die Ausscheidung von Harnstoff u. Harnsäure bei Melancholie u. in einem Fall von periodischer Verwirrtheit und Depression. 1898.

102) Ziehen, Eine neue Form der periodischen Psychosen. — Monatsschrift für Psychiatrie u. Neurologie, 1898, Bd. 3.

103) Köppen, Ueber akute Paranoia. — Vortrag a. d. Jahresversammlung des Vereins der deutsch. Irrenärzte zu Halle a. S. am 21. u. 22. April 1899.

104) Pick, Ueber Aenderungen des zirkulären Irreseins. — Berliner klin. Wochenschr., 1899, No. 51.

105) Weygandt, Ueber die Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins. — Habilitationsschr., München, 1899.

106) Guérin et Henry Aimé, Un cas de folie intermittente avec étude de quelques éléments urologiques. — Revue médicale de l'Est 1899.

107) v. Bechterew, Ueber periodische akute Paranoia simplex, als besondere Form periodischer Psychosen. — Monatsschr. f. Psych. u. Neurolog., 1899, V.

108) Zimmer, Ein Fall von infantiler zirkulärer Psychose. — Inaug.-Diss., Berlin 1899.

109) Meschede, Ueber Paranoia periodica. — Vortrag auf dem XIII. internat. mediz. Kongress in Paris vom 2. bis 9. Aug. 1900, Sektion f. Psychiatrie.

110) Skierlo, Ueber periodische Paranoia. — Dissert., Königsberg 1900.

111) Wernicke, Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen. 1900.

112) van Brevo, Zirkuläres Irresein mit choreiformen Bewegungen bei einem Kinde. — Zeitschr. für Psych. 1901, Heft 6.

113) Weygandt, Ueber das manisch-depressive Irresein. — Berliner klin. Wochenschr. 1901, No. 3.
114) Pilcz, Die periodischen Geistesstörungen. Wien 1901.
115) Sommer, Diagnostik der Geisteskrankheiten. 2. Auflage, 1901.
116) Pobiedin, Zur Lehre von den akuten halluzinatorischen Psychosen. — Zeitschr. f. Psych. 1902, H. 4.
117) Bleuler, Ueber periodischen Wahnsinn. — Psychiatr.-neurolog. Wochenschr. 1902, No. 11.
118) Ziehen, Psychiatrie. — 2. Auflage 1902.
119) Fitschen, Beziehung der Heredität zum periodischen Irresein. — Monatsschrift für Psych. und Neurologie, Bd. VII.

Lebenslauf.

Geboren wurde ich, Theodor Alfred Reinige, am 1. Oktober 1874 zu Leipzig, als Sohn des im Jahre 1897 verstorbenen Buchhändlers Louis Reinige und seiner Frau Josephine geb. Devrient.

Zunächst besuchte ich während 4 Jahren die Bürgerschule, dann während 9 Jahren das städtische humanistische Gymnasium zu St. Thomae in Leipzig, welches ich nach bestandener Maturitätsprüfung, Ostern 1894, verliess, um mich dem Studium der Medizin an den Universitäten Jena, Greifswald, Heidelberg und Leipzig zu widmen. In Heidelberg bestand ich Ostern 1897 die ärztliche Vorprüfung, in Leipzig erlangte ich am 24. Februar 1901 die Approbation als Arzt.

Nachdem ich meiner aktiven Dienstzeit als Einj.-Freiwilliger beim 1. K. S. Jäger-Bataillon Nr. 12 und als einjährig-freiwilliger Arzt beim 2. K. S. Feld-Artillerie-Regiment Nr. 28 genügt hatte, trat ich am 5. Oktober 1901 die Assistenzarzt-Stelle an der evang. Irren-Heil- und Pflege-Anstalt in Waldbröl an, welche ich bis heute bekleide.

Während des Sommers 1902 erhielt ich einen sechswöchentlichen Urlaub, um eine Uebung als Unter-Arzt der Reserve beim 2. Rhein. Feld-Artillerie-Regiment Nr. 23 in Coblenz zu leisten.